Professionalisierung durch Dokumentation: fallverstehende EDV-Dokumentation nach dem "Jenaer Modell"

Elstner, Anja; Hildenbrand, Bruno; Sachse, Christiane

Postprint / Postprint
Monographie / monograph

Impressum:

Dieses Handbuch entstand im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „Suchtklinisches Kompetenzzentrum für soziale Reintegration" als Produkt des Teilprojekts „Verbesserung berufsfördernder Integration durch Information und Kommunikation" des Instituts für Soziologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Teilprojektleitung: Prof. Dr. Bruno Hildenbrand

Redaktion: Christiane Sachse, Anja Elstner

Layout/Satz: Dirk Sawade

Druck: Hausdruckerei der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Jena, Dezember 2007

Gefördert durch das
Bundesministerium
für Arbeit und Soziales
und den Europäischen Sozialfonds

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds

Anja Elstner
Bruno Hildenbrand
Christiane Sachse

Professionalisierung durch Dokumentation

Fallverstehende
EDV-Dokumentation
nach dem „Jenaer Modell"

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

In diesem Handbuch möchten wir Sie als Leserin und Leser bzw. Nutzerin und Nutzer des SwissCare-Programmmoduls „Jenaer Dokumentation" davon überzeugen, dass die Dokumentation von *Entwicklungsverläufen* der Klientinnen und Klienten stationärer therapeutischer Einrichtungen *Professionalisierungsprozesse* in Gang setzen kann, die – sowohl für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer solchen Einrichtung als auch für die Organisation insgesamt – eine Bereicherung darstellen. Dazu muss der Vorgang der Dokumentation allerdings *bewusst gestaltet* werden und sollte in organisationsspezifische Rahmenbedingungen eingebettet sein, die *offen* für Professionalisierungsprozesse sind. Unter diesen Voraussetzungen werden bei konsequenter Anwendung des Dokumentationssystems die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für professionelles Handeln sensibilisiert. Weiterhin profitiert die gesamte Organisation im Sinne einer Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit von dieser Art der Dokumentation.

Was heißt professionelles Handeln? Es heißt, sich als Ärztin oder Arzt, als Therapeutin oder Therapeut, als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter auf jede Klientin und jeden Klienten in ihrer besonderen Eigenart einzulassen, d. h. ihnen zu *begegnen*, gleichzeitig aber genug *Abstand* zu wahren, um *kompetent* (d.h. vor dem Hintergrund theoretischen Wissens und mit Hilfe „gelernten Handwerks") Spielräume und ungenutzte Möglichkeiten der Bewältigung der Probleme der Klientin oder des Klienten gemeinsam mit ihnen auszuloten. *Anstelle* der problematischen Verhaltensmuster sollen Alternativen der Orientierung und des Handelns im Alltag etabliert werden. Dabei geht es um die Stärkung oder auch Wiederherstellung der Autonomie der Klientinnen und Klienten in der selbständigen Gestaltung ihres Lebens.

Mit dem „Jenaer Dokumentationssystem" wird ein Instrument bereitgestellt, welches diesen Prozess der Rehabilitation und Therapie unterstützen kann, indem hier einerseits der *Prozess der Entwicklung* der Klientinnen und Klienten abgebildet wird, welcher die Grundlage für eine systematische Erschließung ihrer Spielräume und Ressourcen darstellt. Andererseits dient dieses Instrument ebenso der Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf die professionelle Gestaltung der alltäglichen Begegnung mit den Klientinnen und Klienten. Auch das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und

Ärzte sowie der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ist Gegenstand der Dokumentation. *Kompetenzen, Spielräume und Sensibilität* für therapeutische Belange im *Umgang mit den Klientinnen und Klienten* sollen durch die systematische *Reflexion* des *eigenen* Handelns und der *Vernetzung* der unterschiedlichen Sicht- und Umgangsweisen gestärkt und erweitert werden.

Auf einen Blick soll das Dokumentationssystem folgende Aufgaben erfüllen:

- Es soll die gezielte Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung der Klientinnen und Klienten verbessern.
- Es soll die therapeutische Arbeit durch eine methodisch kontrollierte, systematische Reflexion des eigenen Handelns im Umgang mit den Klientinnen und Klienten sichern.
- Es soll als Datenbasis für eine Teamarbeit dienen, welche den fallspezifischen Problemstellungen der einzelnen Klientinnen und Klienten gerecht wird. Dies geschieht durch die Vernetzung der unterschiedlichen Sicht- und Umgangsweisen mit den Klientinnen und Klienten zu einem *ganzheitlich* ansetzenden Konzept der Wiederherstellung der persönlichen Autonomie der Klientinnen und Klienten.
- Es soll auf der Ebene der Organisation eine Grundlage für Qualitätsmanagement im Bereich der therapeutischen Arbeit bieten, indem ein Prozess der Professionalisierung der unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb therapeutischer Milieus eingeleitet und unterstützt wird.
- Es soll im Rahmen der Außenbeziehungen therapeutischer Einrichtungen die Aufgabe erfüllen, therapeutische Interventionen besser und nachvollziehbarer belegen und begründen zu können. Dies ist insbesondere für eine Argumentation gegenüber den Kostenträgern relevant, sei es in Form von regelmäßigen Entwicklungsberichten oder Verlängerungsanträgen.

1. Fallverstehende EDV-Dokumentation – eine praktische Anleitung zur Benutzung

Dieses Kapitel dient dazu, den Nutzerinnen und Nutzern einen Überblick über den Aufbau und die Anwendung des SwissCare-Programmmoduls „Fallverstehende Dokumentation nach dem Jenaer Modell" zu verschaffen. Dazu werden die Elemente der Dokumentation beschrieben und in ihrer Funktionsweise erklärt.

Die fallverstehende Dokumentation nach dem Jenaer Modell setzt – im Unterschied zu den gängigen Dokumentationssystemen – an zwei zentralen Punkten an:

- Ausgangspunkt der Dokumentation sind die Klientinnen und Klienten innerhalb eines therapeutischen Milieus. Sie stehen mit ihrer *lebensgeschichtlichen Problematik* im Vordergrund. Die unterschiedlichen Möglichkeiten der *Begegnungen im therapeutischen Milieu* und die Entwicklung dieser Begegnungen werden in der Dokumentation in Form von Verläufen abgebildet und in Fallbesprechungen reflektiert.
- Die Dokumentation dient der *Professionalisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter therapeutischer Einrichtungen,* indem sie Reflexionsprozesse in Gang setzt, und zwar sowohl im Hinblick auf eine adäquate Diagnose des Falles als auch im Hinblick auf einen professionellen, d.h. fachlich angemessenen Umgang mit den Klientinnen und Klienten.

Die Dokumentation wirkt im Hinblick auf eine Verbesserung beruflicher Integrationschancen von Klientinnen und Klienten also zum einen dahingehend, dass sie an deren individuellen *lebensgeschichtlichen Ressourcen* ansetzt, so dass berufsorientierende bzw. –integrierende Maßnahmen passgenau nach dem Kriterium der Zumutbarkeit entwickelt, erprobt, umgesetzt und reflektiert werden können. Zum anderen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter therapeutischer Einrichtungen in die Lage versetzt, gestaltsicher und professionell mit den verschiedenen Anforderungen umzugehen, indem sie ihr eigenes berufliches Handeln reflektieren. Dies trägt im Sinne einer *Qualitätssicherung therapeutischer Arbeit* insgesamt dazu bei, die Chancen einer beruflichen Wiedereingliederung für die Klientinnen und Klienten zu erhöhen.

Um eine Vorstellung zu entwickeln, wie eine fallverstehende Dokumentation sinnvoll angewendet werden kann, wird an dieser Stelle zunächst ein *idealtypischer Dokumentationsablauf* beschrieben, um daran anschließend die EDV-technische Umsetzung dieses Ablaufes zu erläutern:

In einer therapeutischen Einrichtung, z. B. einer Klinik oder einer sozialtherapeutischen Wohngruppe, wird eine neue Klientin oder ein neuer Klient aufgenommen. Nachdem Sie die Stammdaten aufgenommen haben, erstellen Sie eine Anamnese. In einem therapeutischen Erstgespräch werden von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten die familiengeschichtlichen Daten der Klientin bzw. des Klienten (*„Genogramm"*, siehe Kapitel 1.2.1.), erhoben.

In einer ersten *Fallbesprechung* wird dieses Genogramm im Team analysiert, und zwar im Hinblick auf die lebensgeschichtlichen Problematiken und bestehenden Ressourcen der Klientin oder des Klienten, an die im Rahmen des Rehabilitationsprozesses angeknüpft werden soll. Die anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die keine therapeutische Ausbildung haben, sind nun gefordert, dieses Wissen in ihre jeweiligen Bereiche „mitzunehmen" und im Hinblick auf die dortigen Anforderungen zu übertragen. Das heißt konkret: Wenn die Klientin oder der Klient in einem Arbeitsbereich betreut wird und dort konkrete Aufgaben zu erfüllen hat, geht es für die betreuende Mitarbeiterin oder den betreuenden Mitarbeiter nicht darum, mit der Klientin oder dem Klienten deren Lebensgeschichte aufzuarbeiten, sondern darum, die Stärken und Schwächen in die Aushandlung zumutbarer Arbeitsaufgaben einzubeziehen.

Innerhalb der jeweiligen Bereiche einer therapeutischen Einrichtung sind die Klientinnen und Klienten nun in verschiedene Kontexte integriert: sie wohnen in einem Wohnbereich, werden psychotherapeutisch behandelt, nehmen an Arbeitsprojekten teil, erproben (kreative) Beschäftigungsfelder oder ähnliches. In diesen Bereichen werden so genannte *Verlaufsdokumentationen* angefertigt, die wichtige Ereignisse und Begegnungen der Klientinnen und Klienten mit den sie betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern punktuell in Textform erfassen.

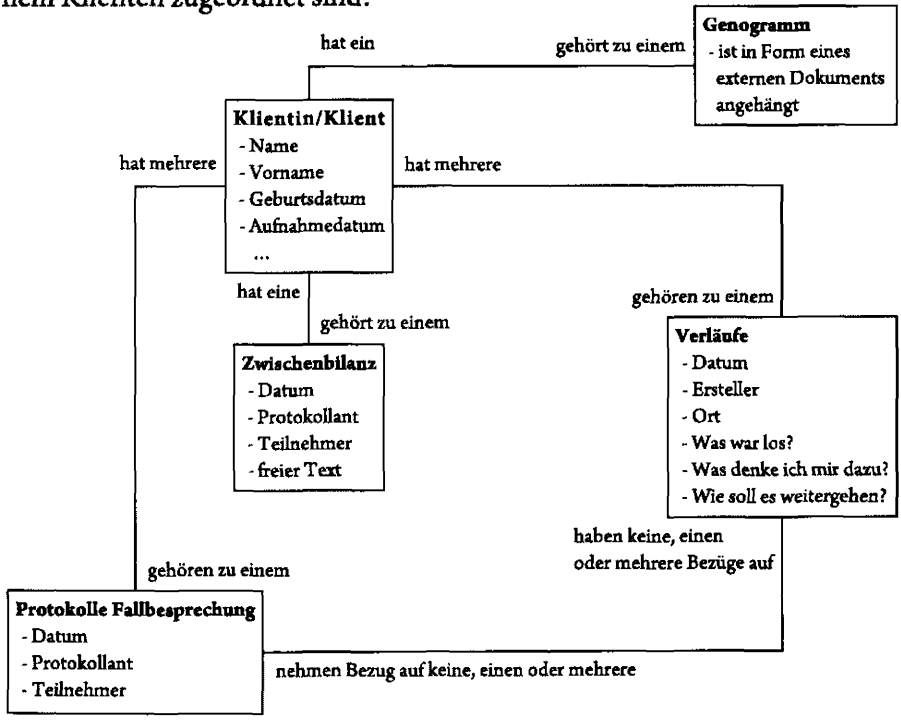
Die Besprechung exemplarischer Verlaufsdokumentationen ist Bestandteil folgender, regelmäßig stattfindender *Fallbesprechungen* im Team. Auf diese Weise vernetzen sich die Perspektiven der jeweiligen Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter der unterschiedlichen Bereiche auf die entsprechende Klientin bzw. den Klienten. Die Ergebnisse der Teamdiskussion werden protokolliert.

In größeren Abständen, z. B. wenn ein Entwicklungsbericht von den Kostenträgern gefordert wird, erstellen Sie aus den Ergebnissen des Dokumentationsprozesses und den Protokollen der Fallbesprechungen *Zwischenbilanzen,* die als Grundlage für geforderte Berichte weiterverarbeitet werden können.

Wie werden diese Abläufe und Dokumentationsvorgänge nun innerhalb des Programms SwissCare umgesetzt?

Zu allen Klientinnen und Klienten gibt es eine *elektronische Patientenakte,* welche die für eine Einrichtung relevanten Informationen zur Klientin bzw. zum Klienten (incl. Stammdaten etc.) beinhaltet. Diese enthält die in der Abbildung ersichtlichen *Elemente* („Formulare"), die einer Klientin bzw. einem Klienten zugeordnet sind:



Diese Bestandteile der Patientenakte werden in den folgenden Ausführungen veranschaulicht und in ihrer Funktion erläutert.

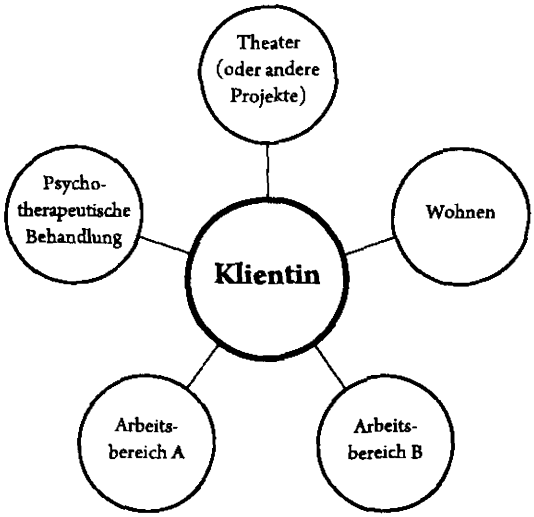
1.1. Die Verlaufsdokumentation in drei Spalten: Ereignis – Interpretation – Intervention

Klientinnen und Klienten sind innerhalb einer therapeutischen Einrichtung in verschiedene Kontexte eingebunden. Typischerweise sind dies

- Psychotherapie bzw. Sozialtherapie
- Arbeitsbereiche (bzw. Ergotherapie)
- Wohnbereiche (bzw. stationäre Betreuung)

Wir sprechen in diesem Zusammenhang von einem therapeutischen Milieu, da es sich bei einer therapeutischen Einrichtung um ein „soziales Ganzes" handelt, welches in sich differenziert ist, seine Wirksamkeit jedoch als „Ganzes" – gerade *durch* die Differenzierung – entfaltet.

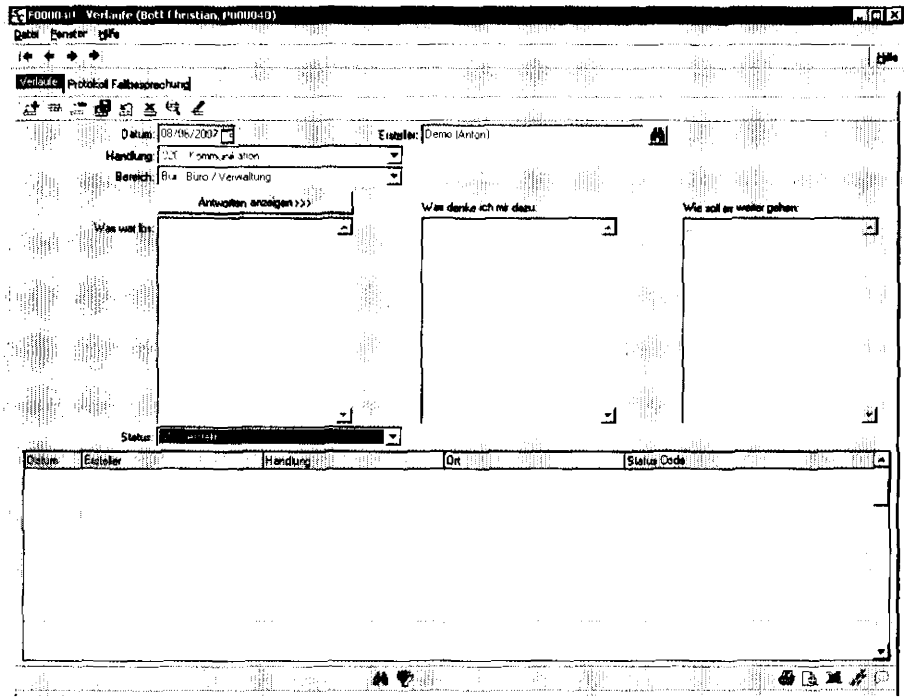
Graphisch veranschaulicht, stellt sich die Integration der Klientinnen und Klienten innerhalb eines therapeutischen Milieus in etwa so dar:



In Kapitel 2 wird dieser Zusammenhang unter der Überschrift „Der Kontext der Benutzung fallverstehender Dokumentation" ausführlich anhand von Beispielen beschrieben.

1.1.1. Die Verlaufsdokumentation in SwissCare

In jedem der eingangs genannten Bereiche wird fortlaufend dokumentiert, wie sich die Begegnungen zwischen den Klientinnen und Klienten und dem entsprechenden Betreuungspersonal gestalten. Das Formular dazu ist ähnlich wie eine dreispaltige Tabelle aufgebaut und sieht folgendermaßen aus:



Es enthält zunächst Angaben über den Bereich, innerhalb dessen die Dokumentation stattfindet (z. B. Arbeitsbereich Landwirtschaft), sowie Angaben zu Datum, Autor, Ort sowie ggf. zu der Handlung, sofern diese kategorisierbar ist, d.h. immer wieder auftritt und somit vergleichbar ist.

Den Kern der Verlaufsdokumentation bilden die *drei Spalten* im Zentrum des Formulars, welche sich nacheinander öffnen:

- In der ersten Spalte *(Was war los?)* werden typische bzw. markante Ereignisse mit der Klientin oder dem Klienten aus der jeweiligen Perspektive der betreuenden Mitarbeiterin oder des betreuenden Mitarbeiters beschrieben.
- In der zweiten Spalte *(Was denke ich mir dazu?)* werden diese Ereignisse in der jeweiligen Sichtweise der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters interpretiert.
- Die dritte Spalte *(Wie soll es weitergehen?)* erfasst schließlich Überlegungen zu einem möglichen weiteren Vorgehen mit der Klientin oder dem Klienten auf der Basis der Deutungen der zweiten Spalte.

Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter dokumentiert dabei nur innerhalb des eigenen Arbeitsbereichs und hat nur Zugriff auf die eigenen Dokumentationen. Alle Einträge werden in der unten stehenden Tabelle angezeigt, die man nach verschiedenen Kriterien ordnen kann. Das Geschehen wird durch die Spaltenaufteilung nicht nur beschrieben, sondern *explizit interpretiert*, so dass eine deutliche Trennung zwischen Beschreibungen von *Beobachtungen und Ereignissen* einerseits sowie deren *Deutung* andererseits stattfindet. Das Besondere dabei ist, dass das Personal einer stationären Einrichtung diese Ereignisse aus ihrer jeweils *eigenen Sichtweise* (als Therapeutin bzw. Therapeut, als Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter eines bestimmten Arbeitsbereichs, als Mitbewohnerin bzw. Mitbewohner etc.) beschreibt. Durch die deutliche Trennung von Beobachtung und Interpretation wird es dem Beschreibenden möglich, sein *eigenes Handeln zu reflektieren* – und dabei auch die Grenzen der eigenen Handlungsspielräume zu erkennen. Die Verschiedenartigkeit der Begegnungen, die innerhalb der Vielfalt sozialer Beziehungen eines therapeutischen Milieus stattfinden, werden durch die Dokumentation transparent und der Blick für die je eigene Perspektive auf eine Klientin bzw. einen Klienten geschärft.

Durch die Dokumentation sollen die Begegnung zwischen Klientin bzw. Klient und Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter sowie die Sichtweise, aus der die betreuende Person diese Begegnung beschreibt, abgebildet werden. Jeder

Handlungsbereich dokumentiert deshalb eben diejenigen Ereignisse, die in diesem Bereich stattfinden.

In der ersten Spalte der Tabelle (Was war los?) werden konkrete Geschehnisse abgebildet. In der zweiten Spalte (Was denke ich mir dazu?) geht es um die Bedeutungen, die dieses Geschehen haben kann. Einerseits deuten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Verhalten der Klientinnen und Klienten in Bezug auf den jeweiligen Bereich. Andererseits können sie ebenso ihr eigenes Verhalten im Umgang mit ihnen (z. B. Verhaltenserwartungen an die Klientin bzw. den Klienten) thematisieren und reflektieren. In der dritten Spalte (Wie weiter?) sind auf dieser Deutungsebene ruhende Erwartungen oder Möglichkeiten weiteren Handelns gefragt. Festgehalten werden so verschiedene Ereignisse und deren Gestaltung im Alltag. Sie geben Aufschluss über mögliche problematische Lebensorganisations- und Interaktionsmuster von Klientinnen und Klienten sowie die Art des Umgangs mit den Klientinnen und Klienten seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

1.1.2. Wie wird dokumentiert? – Eine „Ausfüllhilfe"

Das Anliegen der Professionalisierung durch Dokumentation baut im Grunde genommen auf einem einfachen Zusammenhang auf: Durch die Unterschiedlichkeit der Handlungsbereiche einer Einrichtung und die Differenzierung der dortigen Prozesse der Begegnung in Ereignis, Interpretation und Intervention werden *Spielräume* eröffnet. Diese eröffnen sich ganz einfach dadurch, dass die Klientinnen und Klienten nicht allumfassend nur als Klientinnen und Klienten betrachtet und behandelt werden. Vielmehr geht es darum, sie in unterschiedlichen Kontexten in der jeweils entsprechenden Rolle anzusprechen, z. B. in einem Arbeitsbereich als Mitarbeitende.

Die Differenzierung der stattfindenden Begegnungen in der Dokumentation ist der *Kern der Verlaufsdokumentation* und gleichzeitig die Basis für die Möglichkeiten, die diese im Bereich der therapeutischen Arbeit eröffnet.

In der folgenden Tabelle sind Anhaltspunkte abgebildet, die dazu dienen sollen, den Vorgang der Dokumentation zu unterstützen – und zwar in der angestrebten differenzierten Art und Weise. Das heißt, es handelt sich hier-

bei sozusagen um eine „Ausfüllhilfe", die gerade zu Beginn der Nutzung des Dokumentationssystems hilfreich sein kann.

Die stichpunkt- und übersichtsartige Darstellung innerhalb der Tabelle kann von den Nutzerinnen und Nutzern so gelesen werden, dass auf der ersten Seite der Tabelle kurz der Zweck der jeweiligen Spalte beschrieben ist. Auf der zweiten Seite der Darstellung geht es übersichtlich um Anhaltspunkte für das Ausfüllen („Was trage ich in den einzelnen Spalten ein?"). Auf der dritten Seite werden diese Anhaltspunkte noch einmal vertieft.

Datum/Setting	**Was war los?**	**Was denke ich mir dazu?**	**Wie soll es weitergehen?**
Verortung des Geschehens	In dieser Spalte soll ein **„Ereignis"** stehen. Diese erste Spalte ist Basis und Rahmen allen weiteren Dokumentierens. Das „Ereignis" bindet alle weiteren Überlegungen, gibt ihnen sozusagen einen konkreten Rahmen und Bezugspunkt. Die jeweiligen Beschreibungen sollten auch für Menschen verstehbar sein, die sich nicht in der Einrichtung oder im jeweiligen Arbeitsbereich mit den Zusammenhängen, Strukturen und den handelnden Personen auskennen.	In dieser Spalte geht es darum, das Ereignis aus der **eigenen Perspektive** – das heißt, nach denjenigen Gesichtspunkten, die für den eigenen Handlungsbereich und den Umgang mit der Klientin oder dem Klienten wichtig sind zu **deuten.** Es geht hier um Bedeutungen, die das Geschehen im Zusammenhang mit - der Arbeit, - dem Zusammenleben, - der Art der Beziehung zur Klientin bzw. zum Klienten, - den Handlungen beider Seiten, - mit Abläufen - und weiteren Vorgehensweisen haben kann. Entscheidend ist die je eigenen Perspektive der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters in ihrem bzw. seinem Bereich.	In dieser Spalte sollen auf der Grundlage der Deutungen weitere Maßnahmen überlegt oder Alternativen, die es auszuprobieren gilt, aufgeschrieben werden. Das heißt, an die Deutung des Ereignisses schließt sich eine **Prognose** an. Außerdem wird hier dem Aspekt therapeutischen Alltags Rechnung getragen, der darin besteht, mit den Klientinnen und Klienten die verschiedenen Möglichkeiten weiteren Vorgehens auszuhandeln.
Zeit, Ort, Personen	- Rückblick auf Ereignisse, zeitnah dokumentiert - Beschreibung von Situationen, Handlungen, Geschehnissen, beobachteten Verhaltensweisen, Erfahrungen im Umgang mit der Klientin bzw. dem Klienten - situative (spontane) Reflexion und Einschätzung von Befindlichkeiten der Klientin bzw. des Klienten - so wenig wie nötig, so gründlich wie möglich beschreiben	- alles, was hier geschrieben wird, bezieht sich auf das in der linken Spalte Beschriebene - Reflexion des vorher beschriebenen Ereignisses - perspektivenspezifische Dokumentation, dass heißt, gebunden an die Sichtweise des jeweiligen Arbeits-/Handlungsbereiches der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	- aus dem Vorhergehenden folgende Maßnahmen und Aushandlungsprozesse mit der Klientin bzw. dem Klienten - kurzfristige Taktiken + langfristige Strategien seitens der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters - mit der Klientin bzw. dem Klienten besprochene Strategien

Datum/Setting Verortung des Geschehens	**Was war los?** In dieser Spalte soll ein **„Ereignis"** stehen. Diese erste Spalte ist Basis und Rahmen allen weiteren Dokumentierens. Das „Ereignis" bindet alle weiteren Überlegungen, gibt ihnen sozusagen einen konkreten Rahmen und Bezugspunkt. Die jeweiligen Beschreibungen sollten auch für Menschen verstehbar sein, die sich nicht in der Einrichtung oder im jeweiligen Arbeitsbereich mit den Zusammenhängen, Strukturen und den handelnden Personen auskennen.	**Was denke ich mir dazu?** In dieser Spalte geht es darum, das Ereignis aus der **eigenen Perspektive** – das heißt, nach denjenigen Gesichtspunkten, die für den eigenen Handlungsbereich und den Umgang mit der Klientin oder dem Klienten wichtig sind zu **deuten.** Es geht hier um Bedeutungen, die das Geschehen im Zusammenhang mit - der Arbeit, - dem Zusammenleben, - der Art der Beziehung zur Klientin bzw. zum Klienten, - den Handlungen beider Seiten, - mit Abläufen - und weiteren Vorgehensweisen haben kann. Entscheidend ist die je eigenen Perspektive der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters in ihrem bzw. seinem Bereich.	**Wie soll es weitergehen?** In dieser Spalte sollen auf der Grundlage der Deutungen weitere Maßnahmen überlegt oder Alternativen, die es auszuprobieren gilt, aufgeschrieben werden. Das heißt, an die Deutung des Ereignisses schließt sich eine **Prognose** an. Außerdem wird hier dem Aspekt therapeutischen Alltags Rechnung getragen, der darin besteht, mit den Klientinnen und Klienten die verschiedenen Möglichkeiten weiteren Vorgehens auszuhandeln.
Zeit, Ort, Personen	- Rückblick auf Ereignisse, zeitnah dokumentiert - Beschreibung von Situationen, Handlungen, Geschehnissen, beobachteten Verhaltensweisen, Erfahrungen im Umgang mit der Klientin bzw. dem Klienten - situative (spontane) Reflexion und Einschätzung von Befindlichkeiten der Klientin bzw. des Klienten - so wenig wie nötig, so gründlich wie möglich beschreiben	- alles, was hier geschrieben wird, bezieht sich auf das in der linken Spalte Beschriebene - Reflexion des vorher beschriebenen Ereignisses - perspektivenspezifische Dokumentation, dass heißt, gebunden an die Sichtweise des jeweiligen Arbeits-/Handlungsbereiches der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters	- aus dem Vorhergehenden folgende Maßnahmen und Aushandlungsprozesse mit der Klientin bzw. dem Klienten - kurzfristige Taktiken + langfristige Strategien seitens der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters - mit der Klientin bzw. dem Klienten besprochene Strategien

Was wird beschrieben, wenn man ein Ereignis beschreibt?

Dinge, die passiert sind, tatsächliches Geschehen

Vorgänge	Begegnung	Abläufe, Absprachen

Beschreiben: Daten, Fakten, Zitate (Wo?, Wann?, Was?) innerhalb eines Kontextes, der ebenfalls beschrieben wird

Kontext

Personen und ihre faktischen Beziehungen	Strukturen: Arbeitsabläufe, Absprachen, konkreter Zusammenhang vergangene Ereignisse, die das Geschehen beeinflussen	Tätigkeiten, Aufgaben, Handlungen

Wie kann ich interpretieren?

Interpretation mit Bezug auf das beschriebene Geschehen

Bedingungen: „Welche Gründe gibt es für das Ereignis? Von welchen Zusammenhängen, Beziehungen, etc. wird es beeinflusst?"

Interaktionen: „Wer hat wie gehandelt?"

Strategien: „Was will die Klientin bzw. der Klient oder die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter möglicherweise erreichen und wie versuchen sie das?"

Konsequenzen: „Wie war die Situation vorher? Gibt es Veränderungen? Was hat sich wie verändert?"

Unter Zuhilfenahme der Frage „Was wäre, wenn ...?" werden weitere Handlungsmöglichkeiten und Interventionen beschrieben.

Konkrete Maßnahmen, die sich auf das Geschehen beziehen:

- konkrete Termine, Absprachen
- Änderungen in konkreten Abläufen (z.B. Arbeit)
- konkret geplante Vorhaben
- langfristige Handlungsstrategien in Bezug auf die Begegnung und den Umgang mit der Klientin bzw. dem Klienten zum Zweck der Veränderung problematischer Verhaltensweisen
- geplante Änderungen des eigenen Verhaltens oder der Art der Beziehungsgestaltung
- mit der Klientin bzw. dem Klienten ausgehandelte oder auszuhandelnde Änderungen ihres Verhaltens
- kurzfristige Taktiken in Bezug auf Situationen und Verhaltensweisen der Klientin bzw. des Klienten, die als problematisch wahrgenommen werden
- Anknüpfungspunkte für die Förderung von Ressourcen der Klientin bzw. des Klienten

Was sind „Ereignisse"?

Ganz allgemein: alles, was im Alltag passiert und sich in Form von Erinnerung und Erfahrung ablagert (z.B. Begegnungen, geäußerte Sätze, Handlungen, alltägliche/außergewöhnliche Situationen etc.)

Ereignisse

Routineereignisse:	**Punktuelle Ereignisse:**
- übliche Geschehenszusammenhänge - über die Zeit beobachtete Verhaltensweisen - „das immer Gleiche" - möglichst anhand konkreter Handlungen oder Situationen beschreiben, die für „typische" Verhaltensweisen oder „übliche" Begegnungen mit der Klientin bzw. dem Klienten stehen - ereignisbezogene Einschätzung des „Charakters" der Klientin bzw. des Klienten	- Aufgefallenes - überraschende Veränderungen - ein einzelner Handlungszusammenhang, der konkret in Erinnerung geblieben ist - Situative, spontane Einschätzung der Befindlichkeit der Klientin bzw. des Klienten im Gegensatz zu bisherigen Erfahrungen

Hilfestellung zum Interpretieren: Diese Möglichkeiten des „sich Gedanken machen's" müssen nicht zwingend alle „ausgefüllt" werden. Sie dienen nur als „Instrument" der Anregung zu Gedanken und Interpretationen der Zusammenhänge, bezogen auf das links beschriebene Geschehen. **Bedingungen:** mögliche Gründe und Zusammenhänge, die zu dem beobachteten Verhalten in der jeweiligen Situation oder Beziehung führen. **Interaktionen:** Art der Handlungen und Verhaltensweisen (Wie?) der Klientin bzw. des Klienten und der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters. **Strategien:** Mögliche Zwecke und Ziele und verschiedene Strategien der Klientin bzw. des Klienten und der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters, diese zu erreichen **Konsequenzen:** Was bedeuten diese Gedanken und möglichen Zusammenhänge für Arbeitsabläufe, Beziehungen, Sichtweisen „auf" auf die Klientin bzw. den Klienten, das eigene Verhalten, etc.?	

1.2. Die Fallbesprechung

Die Reflexionsprozesse, die durch die Verlaufsdokumentation angeregt wurden, werden durch Fallbesprechungen vertieft. Dort laufen die Informationen aus den einzelnen Bereichen, in die die Klientinnen und Klienten integriert sind, zusammen.

Die jeweiligen Verläufe der Klientinnen und Klienten werden im Team vorgestellt und besprochen. Bevor jedoch die Entwicklung einer Klientin bzw. eines Klienten in der Einrichtung thematisiert werden kann, ist die Analyse *des Genogramms* sinnvoll.

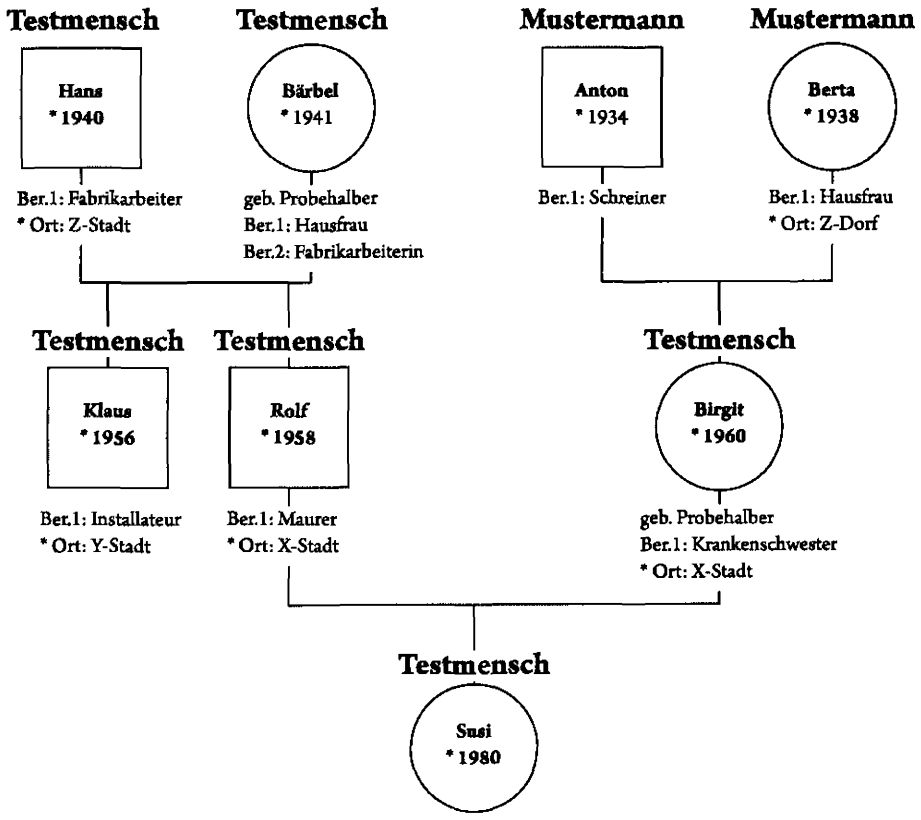
1.2.1. Die „erste" Fallbesprechung: Genogrammanalyse

Ein Genogramm bildet den Ausgangspunkt für eine Analyse der lebensgeschichtlichen Problematik einer Klientin bzw. eines Klienten, aber vor allem ihrer verbliebenen Ressourcen und Entwicklungspotenziale. Aus dieser Auseinandersetzung mit dem Familienhintergrund und daraus resultierenden Lebensthemen werden wesentliche Anhaltspunkte für die weiteren Entwicklungsaufgaben der Klientin bzw. des Klienten innerhalb des therapeutischen Milieus formuliert.

Ein Genogramm ist eine schematische Darstellung der Familiengeschichte („Stammbaum") einer Klientin bzw. eines Klienten. Jede Klientin und jeder Klient weist eine bestimmte Stellung in einem Familien- und Verwandtschaftssystem auf. Diese wird anhand eines Genogramms, das drei Generationen umfasst, schrittweise erschlossen. Die dazu benötigten Informationen sollten im Rahmen der Anamnese erhoben werden, können jedoch auch als Teil eines therapeutischen Auftrags von der Klientin bzw. dem Klienten erfragt werden. Wenn die Klientin bzw. der Klient diese Informationen nur lückenhaft geben kann, ist es sinnvoll, sie bzw. ihn damit zu beauftragen, diese Lücken aufzufüllen. Dabei ist eine therapeutische Begleitung sinnvoll. Das Genogramm enthält nur die „Fakten", die über die jeweiligen Familienmitglieder bekannt sind, keine subjektiven Einschätzungen. Wichtig sind – angefangen bei der Generation der Großeltern – Informationen zu:

- Namen
- Geburts- und Sterbedaten
- Geburts- und Wohnort
- Beruf
- Heirats- und ggf. Scheidungsjahr
- Kinder (auch Fehlgeburten): Zahl, Geschlecht, Geschwisterreihenfolge, Namen

In einem Genogramm werden alle diese Informationen in einer graphischen Darstellung abgebildet. Dies geschieht mittels eines (externen) Computerprogramms. Das entsprechende Dokument kann an die elektronische Patientenakte angefügt werden und sieht folgendermaßen aus:

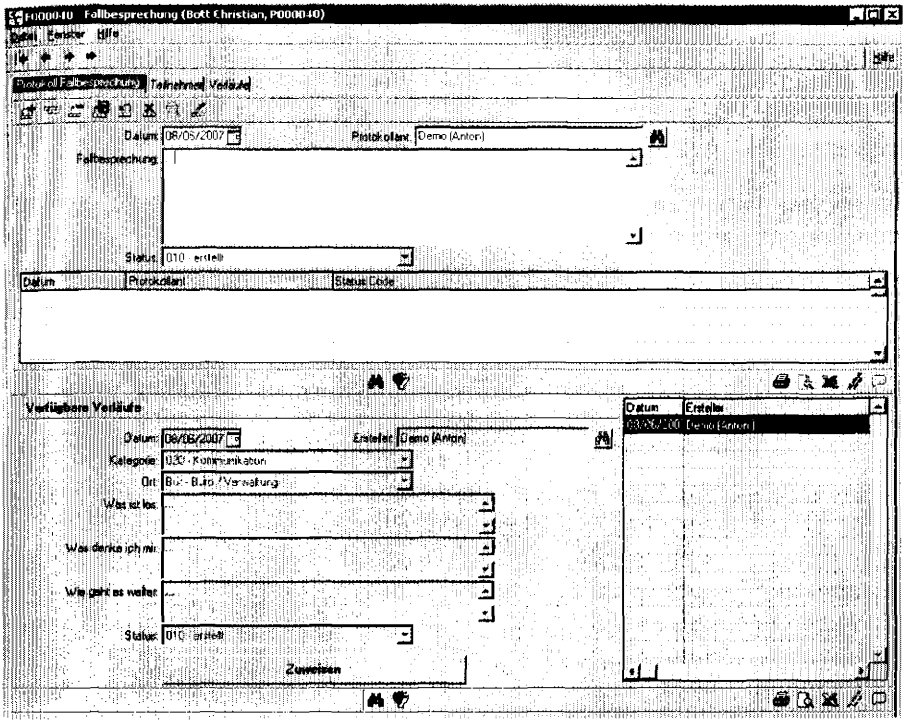


Weiterführende Hinweise zur Analyse von Genogrammen finden Sie in Hildenbrand 2007 (siehe Literaturverzeichnis).

1.2.2. Verlaufsdokumentationen als Gegenstand der Fallbesprechungen

Nach der Genogrammanalyse bilden die Verlaufsdokumentationen der Klientinnen und Klienten, die in den verschiedenen Bereichen der Einrichtung angefertigt werden, den zentralen Gegenstand regelmäßig stattfindender Fallsupervisionen oder auch interner Fallbesprechungen. In diesem handlungsentlasteten Zusammenhang werden die Dokumentationen („Verläufe") in der Gruppe aus verschiedenen Blickwinkeln reflektiert und unter dem Aspekt therapeutisch relevanter Informationen – Lebensgeschichte, Lebensthemen, Entwicklungsaufgaben und Ressourcen der Klientin bzw. des Klienten – vernetzt und diskutiert. Die Gruppe der Teilnehmenden an der Fallbesprechung besteht in der Regel aus den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Bereiche, in die die Klientinnen und Klienten integriert sind. Sie gehören daher verschiedenen Berufsgruppen an (Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Arbeitsbereichen etc.). In der Fallbesprechung können Maßnahmen, die sich aus der Beschäftigung mit Entwicklungsverläufen der Klientin bzw. des Klienten ergeben, koordiniert und abgestimmt werden.

Das Formular „Fallbesprechung" weist ein Feld zur freien Eingabe eines Protokolls auf. In diesem Feld werden die Diskussionsergebnisse zu den jeweiligen Verläufen der Klientinnen und Klienten erfasst. In der Tabelle darunter erscheinen alle Protokolle, die zu einer Klientin bzw. einem Klienten angefertigt wurden. An das Formular zu einer Fallbesprechung sind die dazugehörigen Verlaufsdokumentationen gekoppelt, die in der Fallbesprechung vorgestellt und im Team kommentiert wurden:



1.2.3. Was passiert in einer Fallbesprechung? – Spielräume der Verlaufsdokumentation nutzen

Durch den Vorgang des Dokumentierens, also der Verschriftlichung von Ereignissen, Gedanken zu diesen Ereignissen und weiterem Vorgehen, findet eine erste Reflexion alltäglicher Handlungsabläufe statt. Diese besteht im Wesentlichen darin, eine distanzierte Haltung vor dem Hintergrund des „nahen" Alltags einzunehmen und sich Gedanken über den eigenen Handlungsalltag im Umgang mit den Klientinnen und Klienten zu machen. Im handlungsentlasteten Rahmen der Fallbesprechung besteht das Ziel darin, das in der Verlaufsdokumentation abgebildete alltägliche Geschehen noch einmal in der Gruppe zu reflektieren. Hierbei handelt es sich sozusagen um eine zweite Reflexionsstufe, die darin besteht, *gemeinsam* die bereichsspezifischen Ereignisse und die jeweilige Sichtweise der dokumentierenden Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters zu reflektieren. Hinzu kommt hier die Rückkopplung mit Lebensthemen, Entwicklungsaufgaben und therapeuti-

schen Einschätzungen der Fallproblematik. In diesem Rahmen finden somit eine Vernetzung von Perspektiven, das Zusammentragen und Vergleichen von Erfahrungen und die gemeinsame Entwicklung von alternativen Möglichkeiten des Umgangs mit den Klientinnen und Klienten statt.

Wie wird die Verlaufsdokumentation in der Fallbesprechung reflektiert?

1. Die Reflexion des Ereignisses (Was war los?):

Anhand der Interpretation des Ereignisses selbst kann man sich über den Kontext, die Bedingungen und die Beziehungsformen, also über den Rahmen des eigenen Handelns, klar werden.

In der Gruppe werden zunächst unterschiedliche Bedeutungen des Ereignisses *wertfrei* betrachtet. Wertfrei heißt, dass das jeweilige Handeln nicht nach richtig oder falsch beurteilt wird. Vielmehr ist hier entscheidend, die Vielfalt möglicher Sichtweisen und Bedeutungen des Ereignisses darzustellen. Das tatsächliche Geschehen in seiner konkreten Bedeutung tritt vor diesem Hintergrund deutlicher hervor.

Im Verlauf dieser Analyse werden die Rahmenbedingungen der Situation, das Handeln der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters, das Handeln der Klientin bzw. des Klienten und die Beziehungskonstellationen reflektiert. Fokus ist hier die Klientin bzw. der Klient mit der jeweiligen Fallproblematik insoweit, als man am Ereignis sehen kann, ob sich Aspekte der zentralen Problematik in sozialen Situationen des Alltags erkennen lassen. Gleichermaßen ist hier aber auch das Handeln der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters relevant, da am konkreten Ereignis die Art ihres Umgangs mit der Klientin bzw. dem Klienten erkennbar wird.

Was sind die Bedingungen, nach denen sich die Begegnung richtet, also Strukturen der Organisation, des Arbeitsbereiches, der Beziehungsformen ... ? An welchen Bedingungen und Verhältnissen orientiert sich die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter, an welchen die Klientin bzw. der Klient? Wie gestalten die Handelnden die Begegnung und die Situation?

Im Kontrast dazu kann man dann Alternativen formulieren: Welche Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung gäbe es darüber hinaus auf beiden Sei-

ten? Welche Möglichkeit wurde gewählt? Liegt diese auf Seiten der Klientin bzw. des Klienten im Bereich situationsangemessenen Verhaltens? Welche Möglichkeiten der Gestaltung hätte die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter gehabt, welche wurde gewählt?

Zudem können hier die Lebensgeschichte und die Fallproblematik durch die Therapeutin bzw. den Therapeuten rückgekoppelt werden, so dass man vor diesem Hintergrund das Verhalten der Klientin bzw. des Klienten einschätzen kann. Was bedeutet das Ereignis in Bezug auf die Fallproblematik, aber auch in Bezug auf mögliche Entwicklungsschritte und sich bemerkbar machende Ressourcen?

2. *Die Reflexion der Interpretation (Was denke ich mir dazu?)*

Bei dieser Spalte geht es ausschließlich um die Reflexion der jeweiligen Perspektive der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Was sind *ihre* Deutungen der Situation? Nach welchen Kriterien strukturieren sie die Begegnung? Welche Alternativen der Deutung und Handlung hätten sie gehabt? Welche Erwartungen richtet die jeweilige Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter an das Verhalten der Klientin bzw. des Klienten? Welcher Blickwinkel liegt der Situationsdeutung und Verhaltenserwartung zugrunde? *Fordert* die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter mit ihrer Art und Weise des Umgangs die Klientin bzw. den Klienten heraus, eingefahrene Verhaltensmuster zu ändern? Werden dadurch Ressourcen und Potenziale der Klientin oder des Klienten *gefördert*? Überfordert die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter möglicherweise die Klientin oder den Klienten? Wie sehen therapeutische Anliegen aus, wenn sie in die bereichsbezogene Sichtweise der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters „übersetzt" werden? Durch die Kontraste der unterschiedlichen in der Gruppe vertretenen Blickwinkel werden Spielräume und Alternativen der Deutung und des Handelns sichtbar. Damit erweitert man systematisch die Möglichkeiten der Begegnungsgestaltung der jeweiligen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters.

3. *Die Reflexion der Interventionen (Wie soll es weitergehen?)*

Anknüpfend an die vorherigen Reflexionen über das Ereignis und dessen Deutung werden die geplanten weiterführenden Maßnahmen der Mitarbei-

terinnen und Mitarbeiter im Umgang mit der Klientin bzw. dem Klienten interpretiert. Hier sollten systematisch Kriterien der Zumutbarkeit anhand der zentralen Problematik und der verbliebenen Ressourcen mit den bereichspezifischen Handlungsmöglichkeiten der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters vermittelt werden. Wie kann z. B. die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter im Arbeitsbereich mit der Klientin oder dem Klienten umgehen, ohne sie oder ihn als „Patientin" bzw. „Patient" zu behandeln, aber gleichzeitig trotzdem ihre Problemstellung berücksichtigend? Zumutbarkeit heißt in diesem Zusammenhang: Wie viel Autonomie kann der Klientin bzw. dem Klienten vor dem Hintergrund einer gegebenen Einschränkung zugemutet werden? Das heißt, es geht hier darum, Entwicklungsaufgaben zu so zu „übersetzen", dass sie innerhalb des jeweiligen Bereiches verwirklicht werden können.

Dadurch, dass die jeweiligen Dokumentationen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gruppe interpretiert werden, kann deren Sicherheit in der Gestaltung der Begegnungen mit der Klientin oder dem Klienten durch den Blick auf die *eigene* Umgangsweise geschärft werden. Zudem werden durch die Kontraste zu anderen Perspektiven und Umgangsweisen die Spielräume des eigenen Handelns bewusst. Diese Spielräume eröffnen sich durch den vernetzenden Charakter solcher Fallbesprechungen, indem die eigene Perspektive um die Sichtweisen anderer ergänzt und erweitert werden kann. Außerdem wird auch das Verstehen der Problematik der Klientin bzw. des Klienten durch den Austausch der vielfältigen Erfahrungen des Umgangs mit ihr bzw. ihm vertieft.

Damit verknüpft sich die Chance, auch die Schwierigkeiten der Klientin bzw. des Klienten in unterschiedlichen Formen der Begegnung so zu bearbeiten, dass langfristig nach Kriterien der Zumutbarkeit und unter Anknüpfung an ihre Handlungsspielräume und Ressourcen neue Arten sozialen Verhaltens mit ihr bzw. ihm erprobt werden können und damit eine Veränderung ihrer problematischen Verhaltensmuster bewirkt wird.

1.2.4. Rückkopplung und Vernetzung – keine Vermischung

Die *Vernetzung der Perspektiven* in der Fallbesprechung spielt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter *nur* in Bezug auf das bereichspezifische Geschehen eine Rolle. Das heißt, die individuelle Lebensgeschichte der Klientin bzw. des Klienten und auch das Geschehen in anderen Bereichen werden für

die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur im Hinblick auf die an ihren Bereich gebundenen Entwicklungsaufgaben bedeutsam. Nur so sind die Vermischung von Perspektiven sowie die „Therapeutisierung" des Alltags vermeidbar.

So ist also z. B. eine Mitarbeiterin im Arbeitsbereich einer therapeutischen Einrichtung nicht dafür zuständig, dass die Klientin ihren Haushaltstag im Wohnbereich wahrnimmt. Es kann allerdings in Bezug auf z. B. Schwierigkeiten der Klientin bei der angemessenen Erfüllung von Aufgaben hilfreich sein, wenn z. B. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Wohn- und Arbeitsbereiches sich in einer Fallbesprechung anhand von dokumentierten Ereignissen und vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte über die jeweilige Form dieser Schwierigkeiten austauschen. So ist es dann möglich, die bereichsspezifischen Strategien des Umgangs mit diesen Schwierigkeiten so aufeinander abzustimmen, dass sie umfassend, aber in sich differenziert, auf zwei Ebenen rehabilitierend wirken.

Positiv formuliert, hieße das umgekehrt, die im Wohnbereich erkennbaren Stärken der Klientin (z. B. Streitschlichtungskompetenzen, die die Mitarbeiterin im Wohnbereich bemerkt) auch im Arbeitsbereich zu fördern – allerdings in der dort erforderlichen Logik: die Vermittlungskompetenzen der Klientin für Koordinationsaufgaben zu nutzen (z. B. im Büro). So kann dann diese Ressource auf zwei Ebenen gleichzeitig gefordert und gefördert werden. Die Klientin wird somit nach und nach in die Lage versetzt, diese Fähigkeit dem jeweiligen Kontext angemessen einzusetzen. An solch eine Entfaltung schlösse sich dann möglicherweise die Entwicklung späterer beruflicher Perspektiven an.

Dies ermöglicht der Klientin wiederum, sich in den jeweiligen Bereichen nicht als „Patientin" angesprochen zu fühlen, sondern sich den alltäglichen Lebensvollzügen entsprechend zu verhalten.

Einen umfassenden Überblick über die medizinisch-therapeutischen Informationen sollte nur Therapeutinnen oder Therapeuten haben. Sie können durch die Vernetzung der unterschiedlichen Perspektiven in ihrer Arbeit auf die unterschiedlichen Formen des Ausdrucks der Krankheitsproblematik im Alltag zurückgreifen. Es ist sozusagen anhand der Auseinandersetzung mit

den lebenspraktischen Handlungen der Klientin bzw. des Klienten ein vertiefendes Verstehen der zentralen Problematik möglich.

1.3. Drei Stufen der Reflexion – Ergebnissicherung in der Zwischenbilanz

Insgesamt etabliert das Dokumentationssystem drei Reflexionsstufen:

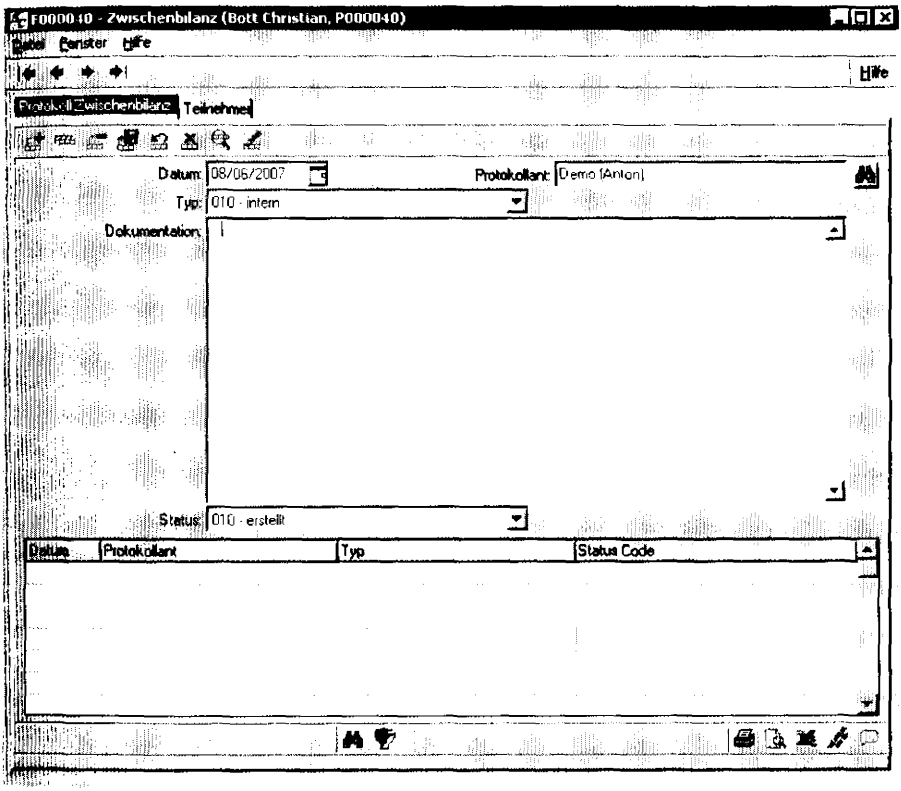
1. *Verschriftlichung:* Die Dokumentation der Verläufe bietet die Möglichkeit der Distanzierung vom aktuellen Geschehen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Erkennen problematischer Handlungsmuster und möglicher Handlungsalternativen und Potenziale der Klientinnen und Klienten).
2. *Interpretation in der Fallbesprechung:* Die gemeinsame Reflexion der bereichsspezifischen Ereignisse und der Perspektive der dokumentierenden Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters sowie die Rückkopplung mit Lebensthemen, Entwicklungsaufgaben und therapeutischen Einschätzungen dienen der Vernetzung der Perspektiven, der Kumulation von Erfahrungen und der gemeinsamen handlungsentlasteten Entwicklung von alternativen Möglichkeiten des Handelns.
3. *Verknüpfung der Fallbesprechungen und der Fallentwicklung zu einem fundierten Zwischenerkenntnisstand,* der weitere Prozesse der Therapie und Rehabilitation trägt.

An der dritten beschriebenen Reflexionsstufe setzt ein weiterer wesentlicher Schritt der Nutzung des Dokumentationssystems an: Die Dokumentation erfüllt nicht zuletzt die wichtige Aufgabe, therapeutische Interventionen belegen und sie angemessen begründen zu können. Dies ist insbesondere für eine Argumentation gegenüber den Kostenträgern relevant, sei es in Form von regelmäßigen Entwicklungsberichten oder Verlängerungsanträgen.

Die „Zwischenbilanz" ist das in der Dokumentation dafür vorgesehene Formular. So können Zwischenerkenntnisse des therapeutischen Prozesses festgehalten werden und der weiteren Verarbeitung in Berichten dienen.

In der Zwischenbilanz können die Inhalte der bisherigen Verlaufsdokumentationen und Fallbesprechungen durch die Therapeutinnen und Therapeuten oder auch im Team in Textform (z. B. als Entwicklungsbericht) zusammengefasst werden.

Das entsprechende Formular sieht so aus:



Nachdem die praktische Anwendung und der wesentliche Aufbau des Dokumentationssystems erläutert worden sind, soll im Folgenden noch einmal ausdrücklich auf den Nutzen der Dokumentation für den Prozess der Rehabilitation eingegangen werden. Die fortlaufende Dokumentation sowie die systematische Reflexion in der Fallbesprechung dienen dazu, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachhaltig für die Problemlagen der Klientinnen und Klienten, für die daraus folgenden therapeutischen Ansprüche sowie

für ihren eigenen Umgang mit den Klientinnen und Klienten zu sensibilisieren. Somit wird über die Zeit eine *„Habitusschulungsschulung durch Selbstschulung"* in Gang gesetzt. Auf diese Weise soll die Begegnung zwischen dem Personal und den Klientinnen und Klienten im sozialen Alltag von einem „Fallverstehen" getragen werden, welches alltägliche Formen des Umgangs miteinander nicht überformt und trotzdem therapeutischen Ansprüchen genügt.

1.4. Der Nutzen fallverstehender Dokumentation

Die wesentlichen Bausteine in Bezug auf die Leistungsfähigkeit des Dokumentationssystems im Alltag therapeutischer Einrichtungen sind: die dokumentationsgebundene Reflexion alltäglichen Geschehens, die unterschiedlichen Perspektiven auf die Klientin bzw. den Klienten sowie die Vermittlung therapeutischer Belange in den bereichsbezogenen Umgang mit Klientinnen und Klienten.

– für Klientinnen und Klienten

Der Nutzen des Dokumentationssystems für die Klientinnen und Klienten ist beträchtlich und zentral, wenn es um die sinnvolle Anwendung des Dokumentationssystems geht. Er ergibt sich aus der systematischen und gelungenen Anwendung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter therapeutischer Einrichtungen. Die Klientinnen und Klienten profitieren davon, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer therapeutischen Einrichtung durch die konsequente Anwendung des Dokumentationssystems in die Lage versetzt werden, den Spagat zwischen persönlicher Begegnung und fachlicher Kompetenz in der alltäglichen Begegnung zu meistern. Weder sollen die Klientinnen und Klienten auf ihre „Krankheit" reduziert, also permanent auf ihre „Defizite" und ihre „Hilfsbedürftigkeit" hin „behandelt" werden. Noch ist es sinnvoll, in ihrer lebenspraktischen Autonomie eingeschränkte Menschen mit Erwartungen zu konfrontieren, die sie aufgrund ihrer „Krankheit" *noch* überfordern. Es braucht in der alltäglichen Begegnung mit den Klientinnen und Klienten ein ausgewogenes Maß an *Forderung ihrer autonomen Handlungsspielräume* – indem sie *nicht ausschließlich als Klientinnen und Klienten angesprochen werden* – und der *Förderung nicht genutzter Potenziale,* indem ihre *zentrale Problematik* im Alltag *berücksichtigt* wird.

Die Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in *dieser Art der Fachlichkeit* durch die Dokumentation bedeutet für die Klientinnen und Klienten Sicherheit im Bereich alltäglicher Begegnung. Auf der fachlichen Basis können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angemessen mit den Klientinnen und Klienten umgehen und Anforderungen an sie richten, die ihre Autonomiespielräume berücksichtigen. Die Schulung des nach Bereichen *differenzierten* Umgangs der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Klientinnen und Klienten ermöglicht es diesen, die Grenzen der jeweiligen Handlungsbereiche zu erkennen. Damit verbunden ist auch, dass die Klientinnen und Klienten über die Zeit lernen, die entsprechenden Anforderungen und Verhaltenserwartungen, die z. B. innerhalb eines Arbeitsbereiches an sie gerichtet werden, einzuschätzen. Das heißt: sie können, vermittelt durch den fachlichen Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, daran arbeiten, „Selbstsicherheit" im Umgang mit lebenspraktischen Vollzügen und Anforderungen zu üben, ohne immer wieder in ihrer zentralen Problematik (also in ihrer „Krankheit") angesprochen zu werden. Vielmehr bietet sich ihnen dadurch die Möglichkeit, diese Problematik durch die Begegnung selbst zu bearbeiten, ohne auf diese reduziert zu werden.

Die Wiederherstellung autonomer Handlungsspielräume als therapeutisches Anliegen steht dennoch im Vordergrund, nur ist dieses Ziel eingebettet in einen Zusammenhang zumutbarer Forderung *und* Förderung bestehender Autonomiespielräume in konkreten und alltäglichen Lebenszusammenhängen. Dabei ist es für die Klientinnen und Klienten von entscheidender Bedeutung, dass eine therapeutische Thematisierung ihrer zentralen Problematik *nicht* den Alltag überformt, sondern allenfalls einen mehr oder weniger kleinen und klar begrenzten Raum ihres Lebens in therapeutischen Gesprächen u. ä. einnimmt.

– für Therapeutinnen und Therapeuten

Für Therapeutinnen und Therapeuten ist auf der „Materialbasis", die ihnen das Dokumentationssystem zur Verfügung stellt, eine Vertiefung des Fallverstehens aus den verschiedenen Blickwinkeln alltäglicher Begegnung möglich. Sie erhalten Zugang zu den unterschiedlichsten Facetten der Person und des Handelns der Klientin bzw. des Klienten. Die verschiedenen Erscheinungsformen der zentralen Problematik einer Klientin bzw. eines Klienten kann so Teil der therapeutischen Arbeit werden, ohne dass die Therapeutin oder

der Therapeut in allen Lebensbereichen der Klientin bzw. des Klienten zugegen wäre oder die therapeutischen Ansprüche und Fragen in diese Bereiche hineinträgt. Die verschiedenen Themen des therapeutischen Gesprächs gewinnen zudem eine *konkrete* Dimension beobachteter und dokumentierter Verhaltensweisen. Diese konkrete Ereignisgrundlage bietet wiederum einen guten Ansatzpunkt für eventuelle therapeutische Interventionen. Somit wird die Professionalität der therapeutischen Arbeit um die konkrete Dimension lebenspraktischer Ereignisse erweitert. Die Entwicklung von Kriterien zumutbarer Forderungen an die Autonomie der Klientin bzw. des Klienten, das Entdecken von Ressourcen, aber auch die Sensibilität für mögliche Schwierigkeiten, ermöglichen eine gezielte, quasi maßgeschneiderte Förderung der Handlungsspielräume in der therapeutischen Arbeit.

– für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Auf der Ebene der in verschiedenen Rollen handelnden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen, die nicht ausdrücklich der Therapie der Klientin bzw. des Klienten dienen, sondern alltägliche Lebensvollzüge beinhalten, soll das Dokumentationssystem die *Fachlichkeit im Umgang mit der Klientin bzw. dem Klienten* unterstützen, indem hier eine Möglichkeit der *perspektivengebundenen Reflexion* „auf" die Begegnung durch den Vorgang der Dokumentation eröffnet wird. Durch Verschriftlichung und rollengemäße Interpretation der dokumentierten Ereignisse wird Fachlichkeit und Sicherheit im Umgang mit der Klientin unterstützt. Die Dokumentation ermöglicht es, immer wieder Distanz zu gewinnen und den „nahen" Alltag zu reflektieren Die jeweiligen Handlungsspielräume der Klientin oder des Klienten in den unterschiedlichen Bereichen der Begegnung werden so besser sichtbar und auch handhabbar. Der Spielraum von Anknüpfungspunkten weiteren Handelns der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters im Umgang mit der Klientin oder dem Klienten wird auf diese Weise kontinuierlich erweitert. Entscheidend ist hierbei die auf konkretes Geschehen und Verhalten bezogene Balance zwischen zumutbaren Forderungen an die Klientin bzw. den Klienten und einem Fördern ihrer bzw. seiner Autonomiespielräume, das auf gegebene Einschränkungen Rücksicht nimmt.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bedeutet diese Form der Dokumentation zudem die Möglichkeit der Orientierung ihres *eigenen* Handelns zum einen an den *Kriterien ihres eigenen Handlungsbereiches,* indem ihnen die

Möglichkeiten, aber auch die Grenzen ihres bereichspezifischen Umgangs mit den Klientinnen und Klienten zugänglich werden. So können Überforderungen vermieden werden, die durch verschwimmende Grenzen zwischen unterschiedlichen Blickwinkeln, und damit auch verschwimmende Anforderungen an die Klientin bzw. den Klienten, hervorgerufen werden können. Bezogen auf ein gemeinsames Arbeitsprojekt oder auf einen Raum gemeinsamen Lebens ist ein angemessenes Üben verschiedenster Regeln sozialen Zusammenlebens möglich, bei dem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich ganz auf ihre beruflichen und auch persönlichen Fähigkeiten verlassen können, ohne an sich selbst „pseudotherapeutische" Anforderungen zu richten.

***Innerhalb* der Grenzen** dieses bereichspezifischen Umgangs ist anhand der Dokumentation eine Schulung der Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich. So werden die Ansprüche und Möglichkeiten professionellen Handelns auch in die lebenspraktischen Vollzüge eingebettet, indem die Umsetzung therapeutischer Belange *perspektivengebunden* und nach durch den Therapeuten *vermittelten* Kriterien der Zumutbarkeit erfolgt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen dann, ähnlich wie professionelle Therapeutinnen und Therapeuten, *in ihrem Bereich* die notwendige *Sicherheit* in der Gestaltung der Begegnung mit den Klientinnen und Klienten.

Dies fordert von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer solchen Einrichtung, therapeutische Anliegen und Deutungen in die „Handlungslogik ihres Arbeitsbereiches" zu übersetzen, das heißt, sie in konkrete bereichsbezogene Anforderungen an das Verhalten der Klientin bzw. des Klienten zu übersetzen oder auch entsprechende „Rücksicht" zu nehmen auf „Beschädigungen", ohne die Klientin bzw. den Klienten als „Patientin" bzw. „Patient" zu behandeln. Hierbei hilft die fortwährende Sensibilisierung in Fallsupervisionen und die „ereignisbezogene" Reflexion und Vernetzung von Blickwinkeln in internen Fallbesprechungen. In dem Maße, in dem zum Beispiel anhand konkreter Handlungen und Deutungen der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters mögliche Strategien des weiteren Umgangs im jeweiligen Handlungsbereich erarbeitet werden, bieten sich der Mitarbeiterin bzw. dem Mitarbeiter in weiteren Begegnungen Alternativen, die ihr bzw. ihm ohne eigene Reflexion und die „Übersetzung" therapeutischer Belange und Einschätzungen in dieser Weise nicht zur Verfügung stünden oder möglicherweise an den fall-

spezifischen Ressourcen und Problemlagen der Klientin bzw. des Klienten vorbeigingen.

Zudem ermöglicht ein Nachdenken über die Vorgehensweise der dokumentierenden Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters anhand von *konkreten* Ereignissen im handlungsentlasteten Bezugsrahmen der Fallbesprechung eine am Ereignis orientierte Arbeit und Weiterbildung.

1.5. Exemplarische Fragen und Antworten

Ist der Computer überhaupt ein geeignetes Instrument im Umgang mit Menschen?

Der Computer ist ein Hilfsmittel, das die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter therapeutischer Einrichtungen unterstützen kann, nicht mehr und nicht weniger. Prinzipiell kann eine fallverstehende Dokumentation auch ohne PC – in Papierform – geführt werden; der Computer eröffnet jedoch zusätzliche Möglichkeiten in Bezug auf Übersichtlichkeit, Vernetzung und Weiterverwendung der Dokumentationen. Wichtig ist, dass nicht der Computer den Umgang mit den Klientinnen und Klienten bestimmt, sondern dass lediglich die Logik einer fallverstehenden Dokumentation, die mittels eines EDV-Programms realisiert wird, neue Spielräume für den Umgang mit den Klientinnen und Klienten eröffnet.

Wird man als Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter durch die Dokumentation kontrollierbar?

In der Logik fallverstehender Dokumentation geht es primär darum, dass sich in der Interaktion die Fallproblematik darstellt. Mittels der ereignisbezogenen Dokumentation kann diese nun anhand konkreter Ereignisse festgehalten und durch systematische Reflexion die spezifische Perspektive der jeweiligen Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters herausgearbeitet werden. Wenn eine Dokumentation in einer Fallbesprechung in der Gruppe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter analysiert wird, wird dies wertfrei und unter dem Blickwinkel möglicher Bedeutungen und Handlungsoptionen getan. Eine gute Dokumentati-

on eröffnet daher die Möglichkeit zu einem professionelleren Umgang mit den Klientinnen und Klienten. Sie zielt nicht auf die Kontrolle der Interaktion, sondern auf deren Reflexion – und damit immer auf Chancen einer Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums.

Wird fortlaufend oder nur im Krisenfall dokumentiert?

Eine fallverstehende Dokumentation legt keinen Wert auf Vollständigkeit. Die jeweilige Problematik des Falles sowie Möglichkeiten bereichsspezifisch sinnvoller Interventionen zeigen sich bereits anhand exemplarischer Ereignisbeschreibungen und – deutungen. Diese können anhand der konkreten Beschreibung einer „typischen" Situation *oder* einer Krisenproblematik entwickelt werden – weshalb sich beides für eine Verlaufsdokumentation eignet.

Wozu nutzt das Wissen über die Fallspezifik der Klientin bzw. des Klienten?

Die Lebensproblematik einer Klientin oder eines Klienten zeigt sich sowohl in der Analyse des Genogramms (im Rahmen einer Fallbesprechung) als auch anhand der Interpretationen der Verlaufsdokumentation. Sie wird jedoch nur im therapeutischen Bereich explizit bearbeitet; in den anderen Bereichen (Arbeitsprojekte, Wohnen, Freizeit) nur implizit. Sie ist daher sinnvoll, um die Handlungen der Klientin bzw. des Klienten vor diesem Hintergrund zu verstehen. Eine fallverstehende Dokumentation soll dabei helfen, sich als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter bewusst zu machen, dass sich die Fallspezifik in jedem Bereich unterschiedlich darstellen kann und dass die Anforderungen des jeweiligen Bereiches – in Kenntnis der Fallproblematik – im Hinblick auf die Zumutbarkeit für die Klientin bzw. den Klienten formuliert werden können.

Wie kann das Wissen über den Fall in meinem Bereich angewendet bzw. dorthin „übersetzt" werden?

Der Transfer des Wissens über die Fallproblematik ist individuell verschieden und somit nicht in einem „rezeptartigen" Sinne vermittelbar, da er Teil eines (professionellen) Habitus' ist, welcher sich über die

Zeit entwickelt. Die Dokumentation kann jedoch dazu beitragen, die Haltung, die einem professionellen Habitus zugrunde liegt, zu schulen, indem sie die Möglichkeit eröffnet, sich den Rahmen des eigenen Handelns bewusst zu machen und diesen im Umgang mit der Klientin bzw. dem Klienten konsequent einzuhalten. Die Übersetzungsleistung besteht darin, das Wissen über den Fall situativ mit der eigenen Handlungslogik in Übereinstimmung zu bringen, ohne dabei die zentrale Problematik der Klientin bzw. des Klienten direkt zu thematisieren und ohne die Logik des bereichspezifischen Handeln (therapeutisch) zu unterlaufen.

Was leistet die Dokumentation im Hinblick auf eine akute Problemlösung?

Fallverstehende Dokumentation kann indirekt zu einer Lösung akuter Probleme (mit) einer Klientin oder einem Klienten beitragen, indem sie durch die Schulung eines professionellen Habitus' über die Zeit Gestaltsicherheit in der Vermittlung zumutbarer Entwicklungsaufgaben im jeweiligen Bereich ermöglicht. Dadurch wird es auch in Krisensituationen leichter, die Krise vor dem Hintergrund der zentralen Problematik der Klientin oder des Klienten zu verorten und den eigenen Handlungsrahmen zu wahren (d.h. nicht zu überschreiten). Die Dokumentation kann eher langfristig dazu beitragen, die Qualität des Rehabilitationsprozesses, der sich in einem therapeutischen Milieu in vielfachen Interaktionen abspielt, insgesamt zu sichern.

Kann die Dokumentation zur Informationssicherung genutzt werden?

Die Sicherung von Informationen ist mittels einer fallverstehenden Dokumentation insofern möglich, als dass die Entwicklung einer Klientin oder eines Klienten über einen längeren Zeitraum anhand ihrer Verlaufsdokumentationen nachvollzogen werden kann. Dies geschieht zudem nicht „nur" beschreibend, sondern stets gekoppelt an die zentrale Problematik und mit Blick auf die Angemessenheit der Entwicklungsaufgaben des therapeutischen Umfelds. Insofern ist die Dokumentation z. B. als Basis für Nachweise gegenüber Kostenträgern verwendbar, da die Entwicklung der Klientinnen und Klienten dargestellt und therapeutische Maßnahmen daraufhin begründet werden können.

Gibt es nicht eine „objektive" Perspektive auf die Klientin bzw. den Klienten?

Die Problematik einer Klientin oder eines Klienten kann sich in jedem Bereich (Arbeit, Wohnen, Therapie etc.) anders darstellen. Zum Beispiel kann eine Klientin, die im Arbeitsbereich Probleme im Team hat, im Wohnbereich in dieser Hinsicht völlig „unauffällig" sein, da ihre Problematik damit zu tun hat, dass sie Schwierigkeiten hat, persönliche Beziehungen im Arbeitskontext zu handhaben. Dennoch hat jede dieser Sichtweisen auf die Klientin, die in der bereichsspezifischen Dokumentation abgebildet wird, ihre Berechtigung. So gesehen, gibt es keine „objektive" Perspektive, denn es geht gerade darum, sich die eigene Perspektive bewusst zu machen und sich innerhalb des eigenen Rahmens sicher zu bewegen. In der Fallbesprechung vernetzen sich die Perspektiven, denn dort werden Dokumentationen aus unterschiedlichen Bereichen vorgestellt. Die Herausforderung besteht jedoch gerade darin, durch die Unterschiedlichkeit der anderen Perspektiven die eigene fachliche Umgangsweise mit der Klientin herauszuarbeiten.

Dokumentiere ich nur, wenn ich auch in der Fallbesprechung dran bin?

Die Dokumentation ist als fortlaufender Prozess der „Selbstschulung" konzipiert. Auch wenn nicht jede Dokumentation, die man geschrieben hat, zum Gegenstand von Fallbesprechungen wird, ist es doch von entscheidendem Nutzen, sich immer wieder selbst Gedanken über das eigene Handeln und den Umgang mit Klientinnen und Klienten zu machen. Daraus ergeben sich auch ohne die konkrete Rückkopplung in einer Fallbesprechung Möglichkeitsspielräume der eigenen Deutung und damit vielfältigere Möglichkeiten, die Begegnung mit der Klientin oder dem Klienten zu gestalten.

Für welche Arten von Einrichtungen und für welches Personal eignet sich die fallverstehende Dokumentation?

Die fallverstehende Dokumentation ist prinzipiell für verschiedene Arten von Einrichtungen und ebenso für verschiedene fachliche Bereiche geeignet, die den Alltag mit psychisch kranken und/oder suchterkrankten Menschen gestalten. Die differenzierte und differenzieren-

de Dokumentation bietet gerade Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlicher fachlicher Qualifikationen die Möglichkeit, sich der *eigenen* Handlungsspielräume und Kompetenzen bewusst zu werden, um sie optimal für Therapie oder Rehabilitation einzusetzen. Das Dokumentationssystem ist ein Instrument, das *„Eigene"* der vielfältigsten Varianten in der Gestaltung des Rehabilitationsprozesses zum Tragen zu bringen und damit jeder einzelnen Mitarbeiterin bzw. jedem Mitarbeiter, gleich welchen Berufs, in *ihrem* Bereich Fachlichkeit, Sicherheit und notwendiges Fallverstehen zu ermöglichen.

2. Der Kontext der Benutzung fallverstehender Dokumentation

Das Dokumentationssystem ist ursprünglich in der Zürcher Drogentherapieeinrichtung „Start again" als ein Instrument entwickelt worden, das die therapeutischen Prozesse in stationären Therapieeinrichtungen im Hinblick auf die Sicherung therapeutischer Arbeit, in der Begründung therapeutischer Interventionen und als Grundlage für Qualitätsmanagement im Bereich *therapeutischer Arbeit* unterstützen soll. Dieses ursprüngliche Konzept des Dokumentationssystems wurde im Laufe der Nutzung dieser Art der fallverstehenden Dokumentation in einer anderen stationären Einrichtung, einer Fachklinik für Sucht- und psychisch Kranke, noch erweitert: Zusätzlich zur eigentlichen therapeutischen Arbeit gibt es innerhalb stationärer Einrichtungen noch andere Formen der Begegnung, den „Alltag", in dem Klientinnen und Klienten mit den unterschiedlichsten Formen sozialer Beziehungen konfrontiert sind. Diese Formen der Begegnung haben, wie oben schon beschrieben, einige Bedeutung für den therapeutischen Prozess. Es handelt sich sozusagen um ein therapeutisches Milieu, da alle Formen sozialer Beziehungen innerhalb einer therapeutischen Einrichtung mit dem „Vorzeichen" therapeutischer Anliegen konfrontiert sind, jedoch nicht davon überformt werden sollen. Alltägliche Begegnung (Lebensgemeinschaft) und therapeutisches Anliegen versammeln sich in ein und demselben Raum. Die Frage ist nun, wie mit diesen unterschiedlichen Ansprüchen an das Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Therapeutinnen und Therapeuten im stationären Alltag umgegangen wird und welche Möglichkeiten es gibt, Alltag und Therapie so zu verknüpfen oder besser: zu vermitteln, dass daraus Spielräume für die therapeutische Rehabilitation erwachsen. Im Folgenden wird nun als exemplarisches Beispiel für ein therapeutisches Milieu kurz die Struktur der Fachklinik beschrieben. Die Arbeit mit der vorgestellten Art der Verlaufsdokumentation ist in der Fachklinik im Laufe eines supervisorischen Beratungsprozesses über mehrere Jahre zu einem wesentlichen Bestandteil der Dokumentationskultur geworden. Dementsprechend kann anhand von kontrastierenden Dokumentationsbeispielen gezeigt werden, dass sich im Verlauf dieses Prozesses der Arbeit an und mit der Dokumentation der Habitus im Bereich rollenspezifisch gebundener Begegnungen mit den Klientinnen und Klienten professionalisiert hat.

Danach folgt ein Fallbeispiel einer anderen therapeutischen Einrichtung, die ebenfalls ein therapeutisches Milieu mit unterschiedlichen Handlungsbereichen darstellt. Im Verlauf der Testeinführung des Dokumentationssystems wurde jedoch deutlich, dass der Prozess der Professionalisierung in therapeutischen Milieus entscheidend davon abhängt, inwiefern eine Bereitschaft zur Reflexion der Arbeit innerhalb der Organisationskultur einer Einrichtung vorhanden ist und, daran anknüpfend, welche Potenziale zur Differenzierung bereichsspezifischer Sichtweisen vorhanden sind. Deswegen beschäftigen wir uns – an dieses Fallbeispiel anschließend – mit allgemeinen organisationsspezifischen Voraussetzungen, die für die Anwendung einer fallverstehenden EDV-Dokumentation einen günstigen Ausgangspunkt bilden.

2.1. Habitusschulung durch Dokumentation

Wir sind durch die Anwendung des Dokumentationssystems in der Praxis einer Fachklinik zu dem Ergebnis gekommen, dass durch das Dokumentieren selbst im Zusammenhang regelmäßiger Fallbesprechungen eine Professionalisierung im Sinne einer Habitusschulung und damit eine Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf die differenzierte Wahrnehmung und Handhabung einrichtungsinternen sozialen Alltags stattfindet. Also geht es mit der Einführung des Dokumentationssystems um die Verankerung einer fortlaufenden Möglichkeit zur Aneignung eines habituell bereichsgebundenen Umgangs der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Klientinnen und Klienten, unter Berücksichtigung therapeutischer Belange.

2.1.1. Die Struktur stationärer therapeutischer Einrichtungen – am Beispiel einer Fachklinik

Die Fachklinik, um die es hier geht, ist eine therapeutische Einrichtung für Klientinnen und Klienten mit Doppeldiagnose, das heißt für Menschen, die eine Suchterkrankung und eine psychische Erkrankung gleichermaßen zu bewältigen haben. Es handelt sich um eine „Therapeutische Lebensgemeinschaft", in der Klientinnen und Klienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gemeinschaftlicher Form miteinander leben und arbeiten. Diese

besteht aus einer kleinen dorfähnlichen Siedlung aus Blockhäusern, die 1981-83 in der Nähe eines leer stehenden ehemaligen Bauernhofes gebaut wurde. In diesen Häusern sowie im restaurierten Hofgebäude leben ca. 70 Klientinnen und Klienten in Wohngemeinschaften. Ein Teil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lebt gleichfalls in der „Dorf"-Siedlung. Zur Fachklinik gehört ein landwirtschaftlicher Betrieb mit 40 Milchkühen, 150 ha Land sowie entsprechenden Stall- und Nutzgebäuden, Käserei und Hofladen.

Rein organisatorisch betrachtet, besteht die „Lebensgemeinschaft" aus mehreren Gebilden:

- einem gemeinnützigen Verein, zu dem auch eine Theater-Werkstatt gehört
- der eigentlichen Fachklinik (stationäre therapeutische Einrichtung unter ärztlicher Leitung zur medizinischen und/oder sozialen Rehabilitation für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und/oder Abhängigkeitserkrankungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V sowie Vereinbarung nach § 93 (2) BSHG und § 75 (3) SGB XII
- einer gemeinnützige GmbH (Lehre und Forschung/Auslands-Projekte/Stipendien)
- einem gemeinnützigen Verein zur Förderung der Aufgaben der Landwirtschaft (mit Hofkäserei)

In der Fachklinik greifen ambulante medizinische Versorgung, medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation, Betreutes Wohnen und Nachsorge ineinander.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation (Krankenkassen, LVA) stehen 32 Plätze zur Verfügung, für die soziale Rehabilitation (Landeswohlfahrtsverbände) 15 Plätze und im Betreuten Wohnen (regionale Sozialämter) 12 Plätze.

Zum medizinisch-therapeutischen Bereich der gehören eine Arztpraxis/Ambulanz, Psychotherapie, „Co-Therapie" (Akupunktur, Kneipp-Anwendungen) sowie die künstlerische Therapie (Theaterarbeit, Maltherapie). Die Arztpraxis wird von zwei Ärzten (Allgemeinmedizin) betreut, die gleichzei-

tig "im Dorf" wohnen. Zwei externe Therapeuten (FA für Psychiatrie, Psychotherapeut) praktizieren Psychotherapie.

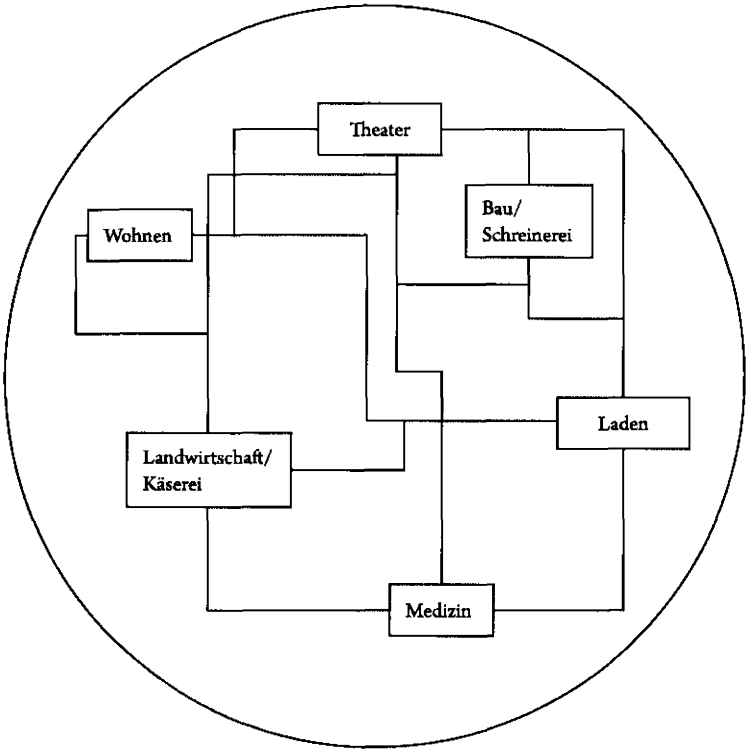
Weiterhin sind in der Fachklinik 2 Physiotherapeuten, 3 Arbeitstherapeuten, eine Kunsttherapeutin, ein Theatertherapeut, 5 Sozialpädagogen und Erzieher, 2 Hauswirtschafterinnen und 5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Landwirtschaft/Käserei tätig. In der Verwaltung sind ein Verwaltungsleiter, 2 Sekretärinnen, 2 Buchhalterinnen, 2 Sachbearbeiterinnen und 4 Aushilfen (Minijobs) beschäftigt.

Die Klientinnen und Klienten arbeiten in marktorientiert wirtschaftenden Bereichen: Landwirtschaft, Käserei, Laden, Hauswirtschaft, Bau oder in Werkstätten (Metallwerkstatt, Schreinerei).

Die Fachklinik versteht sich als therapeutisches Dorf, dessen soziale Beschaffenheit eine vielfältige therapeutische Wirksamkeit entfaltet (Therapeutische Gemeinschaft).

Der soziale Alltag der Einrichtung ist wesentlich räumlich und sachlich begründet. Räumlich sind die unterschiedlichen Bereiche erkennbar voneinander geschieden. Jeder Bereich des Lebens und Arbeitens hat einen eigenen Ort. Um von einem Bereich in den anderen zu gelangen, muss man Wege zurücklegen. Sachlich lassen sich unterschiedliche Formen des Umgangs in unterschiedlichen Bereichen erkennen.

Wege und Orte der Integration in Alltag, Beruf und Freizeit



2.1.1.1 Die Teilbereiche der Fachklinik

Die Klientinnen und Klienten sind in die unterschiedlichen Handlungszusammenhänge jeweils als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Mitwohnende oder Mitspielerinnen und Mitspieler integriert:

In den *Arbeitsbereichen* herrschen wesentlich rollenförmige, funktional-sachliche Beziehungen vor. Es geht hier für die Klientinnen und Klienten um die Erfüllung sachlicher, lebenspraktischer Aufgaben innerhalb von klar definierten, funktional strukturierten Arbeitszusammenhängen. Die Begegnung zwischen Klientin bzw. Klient und Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter findet we-

sentlich auf der Ebene der sachlichen Vorgaben statt, die Beziehung ist durch die funktional definierten Rollen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Klientinnen und Klienten bestimmt. Zudem sind selbst die Bereiche des Arbeitens noch differenziert. Sie schließen sich größtenteils gegenseitig aus, es sei denn, sie haben etwas miteinander zu tun (wie zum Beispiel Landwirtschaft und Käserei). Ansonsten kann eine Klientin bzw. ein Klient nicht über den Tag verteilt stundenweise mehrere Arbeitsprojekte handhaben. Wenn jemand auf dem Bau arbeitet, dann ist es so gut wie unmöglich, dass er gleichzeitig in der Landwirtschaft tätig ist, da die Projekte nicht als unterschiedliche Formen der „Beschäftigung" gelten, die man beliebig kombinieren oder „ausprobieren" kann. Es handelt sich vielmehr um gesellschaftlich relevante Arbeitsprojekte, deren Anspruch in der rollengebundenen Integration spezifischer Fähigkeiten der Klientin bzw. des Klienten besteht. Es geht für die Klientin oder den Klienten darum, ernsthaft Verantwortung für eine spezielle Aufgabe zu übernehmen.

Im Gegensatz dazu geht es im *Wohnbereich* um Formen des Miteinanderlebens und das Gestalten des gemeinsamen Alltags. Da sich Klientinnen und Klienten und Mitarbeiter hier wesentlich als ganze Person begegnen und nicht als Rollen- und Funktionsträger, ist die Klientin oder der Klient hier mit der Bewältigung und Gestaltung der Formenvielfalt sozialer Beziehungen konfrontiert. Individuelle Lebensvorstellungen müssen in einem gemeinsamen Raum miteinander in Einklang gebracht werden. Haushaltstage und Haushaltsbesprechungen regeln die pragmatische Organisation des gemeinsamen Lebens.

Das *Theater* wiederum ist ein Rahmen, in dem die Klientinnen und Klienten kreativ die verschiedensten Formen der Interaktion erproben und spielerisch neue Handlungsmöglichkeiten entfalten können.

Der Handlungsrahmen der *Therapie* dient dem Erkennen von Handlungsspielräumen der Klientinnen und Klienten. Problematische Lebensorganisations- und Handlungsmuster können hier gemeinsam bearbeitet, Ressourcen und Kompetenzen ausgelotet werden.

Zwischen den Bereichen bestehen in der Fachklinik sehr deutliche Grenzen, die in unterschiedlichen Perspektiven im Umgang mit den Klientinnen und Klienten zum Tragen kommen. So ist zum Beispiel die Landwirtin dafür

„berühmt", sehr konsequent auf Sachlichkeit im Umgang mit den Klientinnen und Klienten zu bestehen, d. h. persönliche Gründe für z. B. schlechte Arbeit oder Zu-spät-Kommen nicht gelten zu lassen. Vielmehr fordert sie eine der Arbeit angemessene Haltung verantwortlicher Aufgabenerfüllung, wobei sie natürlich die Aufgaben den jeweiligen Möglichkeiten der Klientinnen und Klienten angepasst verteilt.

Es gibt also in dieser Klinik klar definierte unterschiedliche Lebens- und Arbeitsbereiche, in denen Begegnung stattfindet. Diese Begegnung zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Klientinnen und Klienten ist jedoch begrenzt auf die jeweiligen lebenspraktischen Anforderungen. Ein notwendiges Fallverstehen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in anderen Bereichen als dem der „eigentlichen" Therapie bleibt im Umgang mit der Klientin bzw. dem Klienten auf die eigene Perspektive und den konkreten Handlungsbereich beschränkt, ist aber nichts desto trotz eine Aufgabe, die einen spezifisch professionellen Habitus erfordert.

2.1.2. Ein Fallbeispiel für Habitusentwicklung aus dem Arbeitsbereich „Landwirtschaft"

Anhand zweier Dokumentationen der Landwirtin der Fachklinik kann festgestellt werden, dass die Art und Weise der Dokumentation nicht von vornherein in der beschriebenen und auch „erwünschten" Differenziertheit erfolgte. An diesen beiden Dokumentationen soll nun gezeigt werden, dass sich die Art der Haltung von einer relativen „Undifferenziertheit" zu einem bereichsbezogenen kohärenten Habitus verändert hat.

Der Kontrast zwischen ihnen besteht darin, dass diese Aufzeichnungen 2 Jahre auseinander liegen. In der Zwischenzeit hat diese Mitarbeiterin regelmäßig dokumentiert und an den gemeinsamen Fallbesprechungen teilgenommen.

Im Kontrast dieser beiden Verlaufsbeschreibungen nach dem „Jenaer Modell" wird deutlich, dass durch das Dokumentieren selbst im Zusammenhang regelmäßiger Fallbesprechungen eine Schulung oder auch Qualifizierung im Hinblick auf die differenzierte Wahrnehmung und Handhabung einrichtungsinternen sozialen Alltags stattfindet.

Beispiel 1:
Eine Verlaufsdokumentation im Arbeitsbereich Landwirtschaft – zu Beginn der Nutzung der Jenaer Dokumentation

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Ankunft: 22. März 2002	Verschlossen, schweigsam, launisch, reizbar, schnell „unsichtbar". Kann nicht schlafen.	Abwarten.	
Ende März 02	D. hat große Schwierigkeiten, Arbeitsanweisungen von mir anzunehmen (Nicht arbeitsfaul!) Große Anstrengung, sich zu beherrschen, um nicht zu explodieren	Autoritätsproblem, verbunden mit meiner Jugend und meinem Geschlecht. Ich „bitte" ihn die Arbeit zu verrichten.	Kann er annehmen.
Juni 2002	Langsame Öffnung. Haushaltstag: kann gut kochen, geht ihm leicht von der Hand, übernimmt feste Aufgaben im Stall, sieht die Arbeit, arbeitet zügig und genau, bringt seine Arbeit zu Ende, auch wenn „Hindernisse" auftauchen, liebt alle Tiere, besonders Hunde. Tiere mögen ihn auch.	Einziger Weg, zu ihm zu gelangen, ist über die Tiere! Ansonsten sehr undurchsichtig.	

In der ersten Spalte, in der das Datum und der Ort der nachfolgenden Ereignissequenzen notiert werden, lässt sich erkennen, dass hier keine genauen Zeitpunkte, sondern ungefähre Zeiträume angegeben sind. Dementsprechend handelt es sich bei den folgenden Beschreibungen wahrscheinlich nicht um konkrete Geschehnisse oder Situationen. Andererseits könnte man erwarten, dass dann zumindest über die Dauer beobachtete Verhaltensweisen dokumentiert werden, sozusagen das „Gewöhnliche" oder „immer Gleiche" als „Ereignis" zum Gegenstand der Reflexion gemacht wird. Allerdings geschieht dies in diesem Fall nicht.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Ankunft: 22. März 2002	Verschlossen, schweigsam, launisch, reizbar, schnell „unsichtbar". Kann nicht schlafen.	Abwarten.	

In der Ereignisspalte (Was ist los?): beginnt die Landwirtin zunächst mit einer allgemeinen Beschreibung wahrgenommener persönlicher „Eigenschaften" des Klienten: „Verschlossen, schweigsam, launisch, reizbar." Dies ergänzt sie zudem mit einem „Eindruck" der „Nichtpräsenz" („schnell ‚unsichtbar'") des Klienten. Allerdings ist nicht klar, in welchem Rahmen der Begegnung sie zu diesen Einschätzungen gelangt, im Rahmen der Arbeit oder im Rahmen des gemeinsamen Lebens. Mit dem Satz „Kann nicht schlafen" verweist sie allerdings auf einen Sachverhalt, der nicht unbedingt etwas mit dem Arbeitsbereich zu tun hat, sondern eher eine „Bedingung" darstellt, die die Arbeitssituation beeinflussen kann. Der Rahmen, in dem sich diese „Ereignisbeschreibung" bewegt, ist also nicht klar. Beschreibt sie den Klienten aus einem persönlichen Verhältnis des gemeinsamen „Wohnens" oder „Lebens" heraus oder bewegt sie sich im Rahmen eines rollengebundenen Verhältnisses, welches durch die beschriebenen Eigenschaften und Zustände des Klienten beeinflusst wird?

In der „Reflexionsspalte" („Was denke ich mir dazu?") könnte man jetzt eine Klärung dieses uneindeutigen Sachverhaltes erwarten. Je nachdem, ob sie hier den Arbeitskontext oder das allgemeine Verhältnis zur Person des Klienten anspricht, wird die Sichtweise klar, aus der heraus sie in dieser Situation mit dem Klienten umgeht, welche Rolle also diese ersten Erfahrungen mit dem Klienten für sie spielen.

In der Spalte „Was denke ich mir dazu?" steht „Abwarten". Dies klärt die vorliegenden Fragen nicht. Mit „Abwarten" ist lediglich eine Handlungsstrategie bezeichnet, die die vorherigen Einschätzungen weiterhin nicht in einem Begegnungsrahmen verortet. Vielmehr handelt es sich um eine unspezifische Strategie, die das Verhältnis und den Umgang zwischen Landwirtin und Klient weiterhin offen lässt. Zudem gehörte dies „eigentlich" in die „dritte Spalte", in der Pläne für ein weiteres Vorgehen im Umgang mit dem Klienten notiert werden sollen.

Datum Setting	**Was war los?**	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Ende März 02	**D. hat große Schwierigkeiten, Arbeitsanweisungen von mir anzunehmen (Nicht arbeitsfaul!) Große Anstrengung, sich zu beherrschen, um nicht zu explodieren**	Autoritätsproblem, verbunden mit meiner Jugend und meinem Geschlecht. Ich „bitte" ihn, die Arbeit zu verrichten.	Kann er annehmen.

Der nächste Eintrag ist auf Ende März 2002 datiert. Es sind also ungefähr zehn Tage vergangen, in denen sich die Landwirtin und der Klient in irgendeiner Form begegnet sind. Jetzt könnte man in der Ereignisspalte erwarten, dass der Rahmen der Begegnung und der Blickwinkel, unter welchem die Landwirtin mit dem Klienten umgeht, thematisiert werden.

Hier wird nun der Arbeitskontext angesprochen. Das heißt, in diesem Fall bewegt sich die Landwirtin auf der Ebene eines funktionalen, rollengebundenen Verhältnisses zum Klienten. Allerdings beschreibt sie hier kein konkretes Ereignis, sondern dokumentiert relativ allgemein eine „emotionale Befindlichkeit" des Klienten in Bezug auf ihre Arbeitsanweisungen. Durch den Zusatz „Nicht arbeitsfaul" macht sie deutlich, dass er übliche Leistungserwartungen im Arbeitsbereich durchaus erfüllt und sich das angedeutete Problem damit auf einer anderen Ebene bewegt als auf der prinzipiellen Fähigkeit, arbeitsbezogene Leistungsansprüche zu erfüllen. Vielmehr besteht ihres Erachtens eine Schwierigkeit im persönlichen Verhältnis zwischen ihr und dem Klienten, welches den Vorgang des Erteilens von Arbeitsanweisungen ungünstig beeinflusst. Damit spricht die Landwirtin einen Sachverhalt an, der zwar ihren Handlungsbereich betrifft, der aber über die reine Arbeitsbeziehung hinausweist. In ihrer Perspektive muss sie zwar mit diesem Fakt umgehen, kann aber das Problem als solches nicht *in* ihrem Handlungsbereich, sondern nur *für* diesen, lösen. Interessant ist nun, was sie in der zweiten Spalte dazu schreibt. Wenn sie in ihrem Kontext verbleibt, müssten hier Gedanken stehen, die sich ganz konkret auf den rollengebundenen Umgang mit dieser Schwierigkeit beziehen und dementsprechend „nur" auf dieser Ebene einer vielleicht krankheitsspezifischen Problematik verbleiben.

Datum Setting	Was war los?	**Was denke ich mir dazu?**	Wie soll es weitergehen?
Ende März 02	D. hat große Schwierigkeiten, Arbeitsanweisungen von mir anzunehmen (Nicht arbeitsfaul!) Große Anstrengung, sich zu beherrschen, um nicht zu explodieren	**Autoritätsproblem, verbunden mit meiner Jugend und meinem Geschlecht. Ich „bitte" ihn, die Arbeit zu verrichten.**	Kann er annehmen.

In diesem Eintrag vermischen sich zwei Dinge. Zum einen versucht die Landwirtin, die festgestellte Schwierigkeit zu „diagnostizieren". Die Einschätzung, was für ein persönliches Problem der Klient hat, fällt eigentlich nicht in ihren Zuständigkeitsbereich, zumal sie hier das Problem auch konkret auf sich selbst bezieht, obwohl eigentlich nicht ersichtlich ist, ob der Klient nicht ganz allgemein Probleme hat, Anweisungen entgegen zu nehmen. Es handelt sich hier um eine Einschätzung seiner psycho-sozialen Befindlichkeit, die über ihren Kompetenzbereich hinausgeht. Der nachfolgende Satz bezieht sich allerdings wieder auf ihren eigenen Handlungsbereich. Hier wird eine Handlungsstrategie beschrieben, mit der Schwierigkeit des Klienten, Anweisungen entgegen zu nehmen, umzugehen, indem die Anweisungen in „Bitten" verändert werden. Damit wird das an sich hierarchische Verhältnis zwischen „Chefin" und „Angestelltem" eingeebnet zu einem eher symmetrischen Verhältnis auf der persönlichen Ebene der freiwilligen Verrichtung der Arbeit, also eher im Sinne einer erbetenen Mitarbeit. Im Prinzip könnte man sagen, dass sie die Spezifik des Arbeitskontext verlässt und zu einem mehr „diffusen" Verhältnis wechselt, um den Klienten aber damit *im* Arbeitsbereich zu halten und ihm Verantwortung für eine Aufgabe zu übertragen.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	**Wie soll es weitergehen?**
Ende März 02	D. hat große Schwierigkeiten, Arbeitsanweisungen von mir anzunehmen (Nicht arbeitsfaul!) Große Anstrengung, sich zu beherrschen, um nicht zu explodieren	Autoritätsproblem, verbunden mit meiner Jugend und meinem Geschlecht. Ich „bitte" ihn, die Arbeit zu verrichten.	**Kann er annehmen.**

„Kann er annehmen" in der dritten Spalte deutet auf einen möglichen Erfolg ihrer Strategie, ihn zumindest erst einmal nicht „abzuschrecken". Allerdings beschreibt dieser Satz keine weitere Vorgehensweise im Umgang mit dem Klienten. Es handelt sich vielmehr um eine Einschätzung seiner Reaktion auf ihre Entscheidung, den Klienten nicht durch Anweisungen, sondern durch „Bitten" in den Arbeitskontext einzubinden.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Juni 2002	Langsame Öffnung. Haushaltstag: kann gut kochen, geht ihm leicht von der Hand, übernimmt feste Aufgaben im Stall, sieht die Arbeit, arbeitet zügig und genau, bringt seine Arbeit zu Ende, auch wenn „Hindernisse" auftauchen, liebt alle Tiere, besonders Hunde. Tiere mögen ihn auch.	Einziger Weg, zu ihm zu gelangen, ist über die Tiere! Ansonsten sehr undurchsichtig.	

Diesmal steht in der „Ereignisspalte" eine allgemeine Einschätzung der persönlichen Entwicklung des Klienten („langsame Öffnung"), allerdings wieder ohne einen Hinweis darauf, woran sich diese Einschätzung knüpft. Dann erfolgt ein Wechsel zum Bereich des Wohnens, deutlich an dem Wort „Haushaltstag". In der nachfolgenden, relativ allgemein gehaltenen Reihung verschiedener Handlungen sind aber auch Kategorien des Kontextes „Arbeit" enthalten. Hier vermischen sich also beide Perspektiven. Die Erwähnung einer ausgeprägten Tierliebe des Klienten bewegt sich dann wieder im Bereich der „Charakterisierung" der Person des Klienten, das heißt, die Ebene der Handlungsbeschreibung wird verlassen und die Perspektive der Beschreibung eines persönlichen Eindrucks eingenommen. Zudem vermischen sich hier Reflexion und Ereignisbeschreibung, denn die Einschätzung der Tierliebe des Klienten (etwas, was eigentlich in die Reflexionsspalte gehörte) knüpft sich sicherlich an konkrete Beobachtungen im Bereich des Umgangs mit Tieren.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Juni 2002	Langsame Öffnung. Haushaltstag: kann gut kochen, geht ihm leicht von der Hand, übernimmt feste Aufgaben im Stall, sieht die Arbeit, arbeitet zügig und genau, bringt seine Arbeit zu Ende, auch wenn „Hindernisse" auftauchen, liebt alle Tiere, besonders Hunde. Tiere mögen ihn auch.	Einziger Weg, zu ihm zu gelangen, ist über die Tiere! Ansonsten sehr undurchsichtig.	

Hier setzt die Landwirtin ihre „Reflexion" auf der Ebene der „Persönlichkeitseinschätzung" fort und knüpft an diese Einschätzung eine allgemeine Aussage über einen möglichen Zugang zur Person des Klienten. Wozu dieser Zugang dienen soll, warum und für wen dieser Zugang überhaupt wichtig ist, wird nicht deutlich. Der Zusatz, dass der Klient ansonsten „sehr undurchsichtig" sei, bewegt sich ebenfalls auf der Ebene persönlichen Zugangs, ohne das Verhältnis und damit die Notwendigkeit eines solchen Zugangs zu verdeutlichen. Es bleibt nach wie vor die Frage, was diese Einschätzungen für *ihren* Umgang mit dem Klienten im Rahmen der Arbeit bedeuten und welche möglichen Handlungsstrategien sich in diesem Zusammenhang ergeben. Über mögliche Spielräume und Ressourcen kann man zudem keine Schlüsse ziehen, da die allgemeinen Einschätzungen im Gegensatz zu konkreten Handlungsweisen keine Anhaltspunkte für solche Gedanken oder ein weiteres Vorgehen geben. Selbst bei einer gemeinsamen Betrachtung dieser Dokumentation in einer Fallbesprechung wäre eine weitere Beschreibung konkreten Verhaltens notwendig, um Spielräume und Ressourcen angemessen auszuloten. Eine Perspektivenschärfung oder Erweiterung der Spielräume der Landwirtin im Umgang mit dem Klienten durch die Deutung konkreter Handlungen und Situationen in der Fallbesprechung ist mit dieser Art der undifferenzierten und unkonkreten Dokumentation nicht möglich..

Beispiel 2:
Eine Verlaufsdokumentation aus dem Arbeitsbereich Landwirtschaft – ca. zwei Jahre später

In diesem Beispiel werden der Kürze und Übersichtlichkeit halber einige Punkte herausgegriffen, die im Kontrast zu der „älteren" Dokumentation die bisher erläuterten wesentlichen *Kategorien und Möglichkeiten des Dokumentationssystems* betreffen. Danach soll auf der Grundlage dieses Kontrastes noch einmal verdeutlicht werden, welche Chancen sich für die therapeutische Arbeit durch eine solche Dokumentation bieten.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
5. April 2004, 11:00 Uhr	Seit einiger Zeit signalisiere ich Gesprächsbereitschaft. Wir könnten eine Verabredung treffen und D.'s Mitarbeit besprechen. Heute bittet mich D. um einen Gesprächstermin. Wir verabreden uns für 17:00 Uhr am Nachmittag.		
17:00 Uhr, Hof Alt	Er würde gerne wieder mitmachen, Laden und Käsekeller sei ihm zu wenig körperliche Betätigung. Er vermisse die Arbeit in der Landwirtschaft. Er versucht noch einmal, die vorausgegangene Auseinandersetzung aufzugreifen, aber ich lasse ihn nicht vom Thema ablenken und sage, dass er weiß, dass die Landwirtschaftsbesprechung am Montagabend Bedingung ist, um wieder mitzuarbeiten. D. schlägt Rinderstall und Milchkühe jeden Abend vor. Wir verabreden uns für kommenden Montag, da er noch „fußkrank" ist.	Ich freue mich sehr, dass er sich überwinden konnte, mich anzusprechen! Aber ich sehe dem kommenden Montag skeptisch entgegen.	

Schon in der Spalte „Datum/Setting", in der die faktischen Daten, wie Zeit und Ort der Begegnung, angegeben sind, sieht man eine Veränderung. Konkrete Daten, Uhrzeiten und Orte begrenzen das Geschehen auf einen konkreten Zeitpunkt und Handlungsort. Dementsprechend sind allgemeine Beschreibungen eher unwahrscheinlich.

In der Ereignisspalte (Was war los?) steht relativ viel Text. Diesen schauen wir uns Stück für Stück, das heißt, der Übersichtlichkeit halber in einzelne Abschnitte unterteilt, an.

> Seit einiger Zeit signalisiere ich Gesprächsbereitschaft. Wir könnten eine Verabredung treffen und D.'s Mitarbeit besprechen.

Hier handelt es sich um die Beschreibung einer gewünschten Verabredung von Seiten der Landwirtin, die eindeutig dem Bereich der Arbeit zuzuordnen ist. Der Rahmen ist damit eindeutig festgelegt. Nicht klar ist allerdings, wie sie ihre Gesprächsbereitschaft signalisiert. Es stellt sich zudem die Frage, warum sie diese signalisiert, die Initiative der Gesprächsherbeiführung allerdings dem Klienten überlässt, sie könnte den Klienten ja auch direkt ansprechen. Der Begriff „Gesprächsbereitschaft" deutet weiterhin auf eine schon bestehende „Bekanntschaft" zwischen der Landwirtin und dem Klienten, denn einem „Neuen" kann man keine „Gesprächsbereitschaft" signalisieren. Es könnte sich also um eine Strategie der Landwirtin handeln, den Klienten zu einer aktiven Handlung bezüglich seiner Mitarbeit in der Landwirtschaft zu veranlassen. Vielleicht muss sie ihm sonst immer „hinterherlaufen".

> Heute bittet mich D. um einen Gesprächstermin. Wir verabreden uns für 17:00 Uhr am Nachmittag.

> Er würde gerne wieder mitmachen, Laden und Käsekeller sei ihm zu wenig körperliche Betätigung. Er vermisse die Arbeit in der Landwirtschaft.
> Er versucht noch einmal, die vorausgegangene Auseinandersetzung aufzugreifen, aber ich lasse ihn nicht vom Thema ablenken und sage, dass er weiß, dass die Landwirtschaftsbesprechung am Montagabend Bedingung ist, um wieder mitzuarbeiten.
> D. schlägt Rinderstall und Milchkühe jeden Abend vor. Wir verabreden uns für kommenden Montag, da er noch „fußkrank" ist.

Die Beschreibung erfolgt hier in der Wiedergabe der Inhalte des Gesprächs. So kann gut nachvollziehbar dreierlei festgehalten werden.

1. Der Klient hat schon einmal in der Landwirtschaft gearbeitet.
2. Offensichtlich gab es eine Auseinandersetzung zwischen ihm und der Landwirtin, die vermutlich zu einer Unterbrechung der Arbeit geführt hat. Worum es dabei ging, wird allerdings nicht deutlich. Das heißt, es kann sich durchaus auch um einen Konflikt in der persönlichen Beziehung gehandelt haben. In jedem Fall ist das „neue Thema" aber nicht die vergangene Auseinandersetzung.
3. Die Landwirtin rahmt das Gespräch deutlich als auf die *zukünftige Mitarbeit* gerichtet. Durch die Bedingung der Teilnahme an der Landwirtschaftsbesprechung setzt sie einen *sachlichen Bezugspunkt* der Veränderung seines Verhaltens, denn diese Bedingung kann sie nicht stellen, wenn der Klient vorher schon an der Landwirtschaftsbesprechung teilgenommen hätte. Diese Bedingung liegt auf der Ebene der Einbindung in die kommunikativen Strukturen zur Organisation der Arbeitsabläufe in der Landwirtschaft. Allerdings ist es erklärungsbedürftig, warum sie *diese* Bedingung stellen muss. An sich ist es keine ungewöhnliche Forderung, an der Landwirtschaftsbesprechung teilzunehmen, wenn man in der Landwirtschaft arbeitet, da dort die Dienste und andere organisatorische Abgelegenheiten besprochen werden, die für die Erfüllung der eigenen Aufgaben sicherlich von einiger Bedeutung sein dürften.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
5. April 2004, 11:00 Uhr	Seit einiger Zeit signalisiere ich Gesprächsbereitschaft. Wir könnten eine Verabredung treffen und D.'s Mitarbeit besprechen. Heute bittet mich D. um einen Gesprächstermin. Wir verabreden uns für 17:00 Uhr am Nachmittag.		

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
17:00 Uhr, Hof Alt	Er würde gerne wieder mitmachen, Laden und Käsekeller sei ihm zu wenig körperliche Betätigung. Er vermisse die Arbeit in der Landwirtschaft. Er versucht noch einmal, die vorausgegangene Auseinandersetzung aufzugreifen, aber ich lasse ihn nicht vom Thema ablenken und sage, dass er weiß, dass die Landwirtschaftsbesprechung am Montagabend Bedingung ist, um wieder mitzuarbeiten. D. schlägt Rinderstall und Milchkühe jeden Abend vor. Wir verabreden uns für kommenden Montag, da er noch „fußkrank" ist.	Ich freue mich sehr, dass er sich überwinden konnte, mich anzusprechen! Aber ich sehe dem kommenden Montag skeptisch entgegen.	

In der Spalte „Was denke ich mir dazu?" wird deutlich, dass einerseits die *Initiative* des Klienten offensichtlich schon eine *Entwicklung im Handeln des Klienten* verdeutlicht. Andererseits scheint aber gerade die Teilnahme an der Landwirtschaftbesprechung einen Punkt zu berühren, der vielleicht mit der *Fallproblematik des Klienten* zusammenhängt und bei dem die Landwirtin nicht weiß, ob der Klient in der Lage ist, an diesem Punkt etwas an seinem sonstigen Verhalten ändern zu können. Es scheint sich bei dieser Teilnahmebedingung allem Anschein nach um eine für den Klienten schwierig zu bewältigende Forderung zu handeln.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Montag, 12. April, 20:00 Uhr LW-Besprechung Teestube	Ich habe D. für diese Woche eingeplant. Er ist zur Besprechung nicht da.		

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
	P. richtet aus, es gäbe Probleme mit S. Auch auf die Erfahrung hin, dass P. meine Aussage nicht ganz korrekt wiedergibt, lasse ich D. ausrichten, dass er erst mit mir reden muss, bevor er wieder mitmachen darf.	Gilt nicht! Arbeit nur mit Teilnahme an der Besprechung. Das wird ihm nicht gefallen.	Er muss noch den Weg zu mir schaffen.

Ich habe D. für diese Woche eingeplant. Er ist zur Besprechung nicht da.

An dieser Ereignisbeschreibung kann man erkennen, dass die Landwirtin die „Wieder-Mitarbeit" ohne die konkrete Erfüllung der Bedingung, an der Landwirtschaftsbesprechung teilzunehmen, schon eingeplant hat. Damit hat sie dem Klienten schon vorher ihr Vertrauen geschenkt, das heißt, sie mutet ihm ein hohes Maß an Autonomie zu, obwohl sie dies selbst als eine starke Forderung gedeutet hat (siehe oben). Sie hätte auch warten können, um zu sehen, ob er zur Landwirtschaftbesprechung erscheint und ihn dann in der nächsten Woche einplanen können. Hieran sieht man sehr gut, dass die Landwirtin ein hohes Maß an Autonomie von den Klientinnen und Klienten fordert, oder besser: es ihnen zumutet. Es gäbe sicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in therapeutischen Einrichtungen, die eher davon ausgehen, dass Absprachen zwischen ihnen und den Klientinnen und Klienten nicht funktionieren, weil sie die Klientinnen und Klienten unter defizitären Gesichtspunkten *behandeln* anstatt die *Begegnung* mit ihnen nach Kriterien der Autonomie zu *gestalten,* soweit dies ohne *Überforderung* der Klientinnen und Klienten durch mögliche krankheitsbedingte Einschränkungen möglich ist.

P. richtet aus, es gäbe Probleme mit S.

Auch auf die Erfahrung hin, dass P. meine Aussage nicht ganz korrekt wiedergibt, lasse ich D. ausrichten, dass er erst mit mir reden muss, bevor er wieder mitmachen darf.

Es wird deutlich, dass die Landwirtin trotz des „enttäuschten Vertrauens" in ihrem sachlichen Bezug bleibt. Da der Klient zur Landwirtschaftbespre-

chung nicht erschienen ist, muss er nun noch einmal zu ihr, er muss also im Prinzip noch einmal von vorne anfangen. Damit rahmt sie die Situation durch die Sachlichkeit sozusagen noch einmal neu und lässt damit weiter die Möglichkeit einer arbeitsbezogenen Beziehungsgestaltung und Verantwortungsübernahme offen. Sie könnte ja auch „persönlich" beleidigt sein, weil der Klient die Absprache nicht eingehalten hat und er auch nicht selbst erklärt, warum er die gestellte Bedingung nicht erfüllt hat.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Montag, 12. April, 20:00 Uhr LW-Besprechung Teestube	Ich habe D. für diese Woche eingeplant. Er ist zur Besprechung nicht da. P. richtet aus, es gäbe Probleme mit S. Auch auf die Erfahrung hin, dass P. meine Aussage nicht ganz korrekt wiedergibt, lasse ich D. ausrichten, dass er erst mit mir reden muss, bevor er wieder mitmachen darf.	Gilt nicht! Arbeit nur mit Teilnahme an der Besprechung. Das wird ihm nicht gefallen.	Er muss noch den Weg zu mir schaffen.

Persönliche Probleme seitens des Klienten beeinflussen die sachlichen Vorgaben der Landwirtin nicht. Sie bleibt konsequent in *ihrem* Rahmen. Gleichzeitig deutet sie die Situation so, dass dem Klienten ihre Unterscheidung zwischen persönlichen und sachlichen Angelegenheiten nicht ganz einsichtig sein könnte, verweist sozusagen wieder auf eine Problemlage, die auf der persönlichen Ebene des Klienten angesiedelt sein könnte, bleibt aber trotzdem in den sachlichen Bezügen.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Montag, 12. April, 20:00 Uhr LW-Besprechung Teestube	Ich habe D. für diese Woche eingeplant. Er ist zur Besprechung nicht da.		

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
	P. richtet aus, es gäbe Probleme mit S. Auch auf die Erfahrung hin, dass P. meine Aussage nicht ganz korrekt wiedergibt, lasse ich D. ausrichten, dass er erst mit mir reden muss, bevor er wieder mitmachen darf.	Gilt nicht! Arbeit nur mit Teilnahme an der Besprechung. Das wird ihm nicht gefallen.	Er muss noch den Weg zu mir schaffen.

Hier wird deutlich, dass der weitere Verlauf bezüglich einer Wiederaufnahme der Arbeit davon abhängt, ob es der Klient noch einmal schafft, zu der Landwirtin zu gehen, vermutlich um mit ihr über die Situation zu sprechen. Es wird zudem deutlich, dass sie tatsächlich die Situation als eine völlig neue deutet, da der Klient ja schon einmal bei ihr war. Diese nochmalig geforderte Initiative stellt somit eine erhöhte Anforderung an den Klienten dar.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Dienstag, 27. April, 9:15 Uhr Hof Alt	Heute ist Bio-Kontrolle, um 9:30 Uhr will der Kontrolleur da sein. Stress! Schnell noch ein paar Telefonate...		
	Es klopft, D. latscht unaufgefordert in meine Wohnung. Er wollte jetzt doch kurz schnell mit mir sprechen.	Der traut sich was! Mit einer erstaunlichen Sicherheit den falschen Moment gewählt!	
	Jetzt nicht! Er redet trotzdem weiter. Ich schicke ihn raus und sage, dass ich auf ihn zukommen werde. Wie immer weiß ich nicht, ob er das noch registriert hat, was ich sage.		Dieses Mal werde ich auf ihn zugehen. Das wäre jetzt wirklich sehr schwer für ihn, schon wieder den ersten Schritt zu tun.

> Heute ist Bio-Kontrolle, um 9:30 Uhr will der Kontrolleur da sein. Stress! Schnell noch ein paar Telefonate ...

Hier wird der Kontext beschrieben, der die Situation rahmt. Das heißt, das Handeln der Landwirtin ist von Bedingungen beeinflusst, die außerhalb der

üblichen Abläufe in der Landwirtschaft liegen, aber für den Betrieb (Demeter-Zertifikat) außerordentliche Tragweite besitzen.

> Es klopft, D. latscht unaufgefordert in meine Wohnung. Er wollte jetzt doch kurz schnell mit mir sprechen.
>
> Jetzt nicht! Er redet trotzdem weiter. Ich schicke ihn raus und sage, dass ich auf ihn zukommen werde.

Der Klient kann mit der Situation scheinbar nicht umgehen, sozusagen nicht die Perspektive der Landwirtin einnehmen, die durch die Kontrolle unter einigem Druck steht. Zudem verletzt er die Privatsphäre der Landwirtin, wie sie mit dem Wort „unaufgefordert" andeutet. Die Landwirtin setzt hier eine Grenze, indem sie ein Gespräch verweigert und ihn aus ihrem Privatbereich hinausweist. Gleichzeitig macht sie ihm aber noch den Vorschlag, dass sie als nächstes die Initiative ergreift und er also nicht noch einmal (zum dritten Mal) auf sie zugehen muss. Möglicherweise macht sie dieses „Angebot" aus dem Grund, weil das Problem in diesem Fall nicht in einem Versäumnis seinerseits besteht, sondern in der Wahl eines falschen Zeitpunktes für das Gespräch.

> Wie immer weiß ich nicht, ob er das noch registriert hat, was ich sage.

Ihre Unsicherheit, ob er das, was sie sagt, registriert hat, deutet in Verbindung mit dem Wort „immer" auf schwierige Erfahrungen im Umgang mit dem Klienten im Zusammenhang mit wechselseitiger Kommunikation. Dies ist allerdings eine Reflexion und keine Ereignisbeschreibung, die sich aus ihrem Erfahrungshintergrund im Umgang mit dem Klienten speist und vermutlich die Ausprägungen seiner Fallproblematik im Bereich der Landwirtschaft beschreibt.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Dienstag, 27. April, 9:15 Uhr Hof Alt	Heute ist Bio-Kontrolle, um 9:30 Uhr will der Kontrolleur da sein. Stress! Schnell noch ein paar Telefonate...		

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
	Es klopft, D. latscht unaufgefordert in meine Wohnung. Er wollte jetzt doch kurz schnell mit mir sprechen. Jetzt nicht! Er redet trotzdem weiter. Ich schicke ihn raus und sage, dass ich auf ihn zukommen werde. Wie immer weiß ich nicht, ob er das noch registriert hat, was ich sage.	Der traut sich was! Mit einer erstaunlichen Sicherheit den falschen Moment gewählt!	Dieses Mal werde ich auf ihn zugehen. Das wäre jetzt wirklich sehr schwer für ihn, schon wieder den ersten Schritt zu tun.

„Der traut sich was" deutet darauf, dass die Landwirtin das Verhalten des Klienten als grenzüberschreitend und nicht situationsangemessen beurteilt. Der Situation unangemessen ist es aus ihrer sachlichen Perspektive heraus, da sie in aktuelle landwirtschaftliche Abläufe eingebunden ist, die ein Gespräch verhindern („falscher Moment"). Das „Weiterreden" seinerseits, trotz Hinweis auf den falschen Zeitpunkt, stellt in diesem Fall diese „Unangemessenheit" dar.

Datum Setting	Was war los?	Was denke ich mir dazu?	Wie soll es weitergehen?
Dienstag, 27. April, 9:15 Uhr Hof Alt	Heute ist Bio-Kontrolle, um 9:30 Uhr will der Kontrolleur da sein. Stress! Schnell noch ein paar Telefonate... Es klopft, D. latscht unaufgefordert in meine Wohnung. Er wollte jetzt doch kurz schnell mit mir sprechen. Jetzt nicht! Er redet trotzdem weiter. Ich schicke ihn raus und sage, dass ich auf ihn zukommen werde. Wie immer weiß ich nicht, ob er das noch registriert hat, was ich sage.	Der traut sich was! Mit einer erstaunlichen Sicherheit den falschen Moment gewählt!	Dieses Mal werde ich auf ihn zugehen. Das wäre jetzt wirklich sehr schwer für ihn, schon wieder den ersten Schritt zu tun.

Dieser Eintrag über das weitere Vorgehen in Bezug auf die Absprache zwischen der Landwirtin und dem Klienten ist ein schönes Beispiel für die Anwendung des Kriteriums der Zumutbarkeit im Zusammenhang mit An-

forderungen an einen Klienten. Im Grunde genommen könnte man schon erwarten, dass der Klient einfach ein anderes Mal wieder zu der Landwirtin geht, um mit ihr zu sprechen, denn wenn man unangekündigt versucht, einen Menschen zu sprechen, der bei der Arbeit ist (das heißt, der noch mit anderen Dingen beschäftigt ist), muss man gewärtig sein, dass dieser keine Zeit hat und es ein anderes Mal versuchen. Die Landwirtin berücksichtigt aber offenbar die Situations- und Fallspezifik, ohne ihren sachlichen Rahmen zu verlassen.

Sie bleibt weiterhin in ihrer sachlichen Perspektive, denn der Klient hat zwar eine Grenze überschritten, allerdings betrifft diese Grenzüberschreitung den Bereich des persönlichen Verhaltens der Landwirtin gegenüber. Im Fall der Absprache seiner Mitarbeit gibt es jedoch die konkrete Bedingung der Teilnahme an der Landwirtschaftsbesprechung und, da er diese „verpasst" hat, eine nochmalige Absprache mit ihr. Diese Bedingung, noch einmal zu einem Gespräch zur Landwirtin zu kommen, hat er versucht zu erfüllen.

Der Entschluss, „dieses Mal" ihrerseits auf den Klienten zuzugehen, ist offenbar der Rücksicht auf eine fallspezifische Problematik geschuldet, denn aus der sachlichen Perspektive heraus wäre es in einer solchen Situation durchaus zumutbar gewesen, noch einmal einen anderen Zeitpunkt für ein Gespräch zu wählen. Offenbar berücksichtigt sie dabei, dass dieser missglückte und dem Klienten entglittene Versuch (Grenzüberschreitung) schon die zweite Initiative seinerseits darstellt, mit ihr seine Mitarbeit in der Landwirtschaft zu besprechen. Dies wird von der Landwirtin offenbar als eine erhebliche Leistung im Hinblick auf seine sonstigen Verhaltensweisen gedeutet und sie möchte scheinbar das Maß der Autonomieforderung nicht überstrapazieren.

2.1.3. Habitusschulung und Professionalisierung als Prozess

Im *ersten Dokumentationsbeispiel* überwiegen vorrangig Einschätzungen über die jeweilige Befindlichkeit oder auch charakterliche „Beschaffenheit" des Klienten. Bei der Beschreibung der Ereignisse in der Spalte „Was war los?" handelt es sich wesentlich um die zusammengefasste Wahrnehmung des Klienten, hauptsächlich auf der Ebene der Einschätzung seiner Befindlichkeit. Der Arbeitskontext oder auch konkrete Handlungen sind hingegen

kaum vertreten oder wenn, dann eher im Sinne allgemeiner Verhaltensweisen seitens des Klienten. In den Spalten „Was denke ich mir dazu?" und „Wie soll es weitergehen?" werden die Einschätzungen der Ereignisspalte zumeist fortgeführt.

Diese Dokumentation gibt dennoch durchaus einen Einblick in den Verlauf und die Entwicklung des Klienten. Allerdings sind der Umgang der Landwirtin und eine differenzierte Beschreibung sozialer Situationen und Verhaltensweisen wenig vorhanden.

Somit wird es schwer, zwischen spezifischen Problemen des Klienten im Bereich der Arbeit und möglichen allgemeinen Problemlagen, die auch unabhängig vom Kontext „Arbeit" bearbeitet werden müssen, zu differenzieren. Es ergeben sich aus dieser Dokumentation nur wenige Spielräume für Überlegungen hinsichtlich *konkreter* Möglichkeiten des Umgangs mit dem Klienten. Weder werden die konkreten Problematiken und Ressourcen des Klienten „für" den Arbeitsbereich deutlich, noch werden die Haltung, die Ansprüche und die Deutungen der Landwirtin für den Arbeitskontext *konkret* ersichtlich.

Welche Punkte fallen im *zweiten Dokumentationsbeispiel* gegenüber der ersten Dokumentation wesentlich auf und was kann man in Bezug auf ihr Potenzial für die therapeutische Arbeit sagen? Zum einen gibt es keine allgemeinen Einschätzungen von Charaktereigenschaften oder Befindlichkeiten des Klienten. Die Ereignisbeschreibungen sind sehr konkret und ausführlich und bieten damit einen guten Anhaltspunkt der Vergegenwärtigung und damit der Reflexion des Ereignisses in einer späteren Fallbesprechung. Durch die gelungene Differenzierung zwischen Ereignisbeschreibung und perspektivengebundener Reflexion der Ereignisse seitens der Landwirtin werden zudem mögliche fallspezifische Problemlagen *in ihrem* Bereich, oder besser gesagt, die *Auswirkungen dieser Probleme in ihrem Bereich,* deutlich. Diese Fallspezifik und auch bisherige und andere Erfahrungen im Umgang mit dem Klienten würden in einer Fallbesprechung thematisiert und die Möglichkeiten des Umgangs damit erörtert. Durch dieses Wissen würde die Landwirtin *auch in ihrem Rahmen für therapeutische Fragen sensibilisiert.* Auffallend ist weiterhin die konsequente sachliche Rahmung in der Begegnung mit dem Klienten. Die Landwirtin begegnet dem Klienten als Landwirtin, erwartet von ihm ein sachlich richtiges Verhalten und setzt ein hohes Auto-

nomiepotenzial in Bezug auf die Erfüllung sachlicher Aufgaben und Bedingungen voraus. Nichts desto trotz wird ferner deutlich, dass sie im gegebenen Fall „Autonomiezumutungen" auch „zurückschrauben" kann und „Leistungen" des Klienten vor dem Hintergrund möglicher allgemeiner Probleme zu würdigen weiß. Es handelt sich insofern um einen gelungenen Transfer der persönlichen Problematik des Klienten in einen sachlich bezogenen *Umgang mit* dem Klienten unter dem Blickwinkel der Zumutbarkeit.

Wie es sich anhand des Vergleiches der beiden Dokumentationen andeutet, entwickelte sich im Laufe der Zeit, unterstützt durch das Dokumentieren und die Reflexion in regelmäßigen Fallbesprechungen, bei der Landwirtin sukzessive eine Haltung, die, wenn man diesen Prozess weiterdenkt, auf die Entwicklung einer Verfachlichung der *Arbeit mit psychisch Kranken* auf dem Hof, unter Wahrung und sicherer Gestaltung des eigenen Kompetenz- und Handlungsbereichs „Landwirtschaft", schließen lässt.

2.2. Anforderungen und Grenzen des Instruments

Eine fallverstehende Dokumentation nach dem Jenaer Modell ist sowohl *für ärztliche, therapeutische, sozialpädagogische, ergotherapeutische, pflegerische, psychosoziale und alltägliche Handlungsfelder* im Rahmen von Rehabilitationsprozessen nutzbar – besonders, wenn sie sich, wie im Falle stationärer Einrichtungen, unter einem „Dach" versammeln.

Die Dokumentation macht die unterschiedlichen Perspektiven auf eine Klientin oder einen Klienten transparent und hilft somit, eine dauerhafte Gestaltsicherheit im Umgang mit den Klientinnen und Klienten herzustellen. Am Fallbeispiel der Fachklinik konnte gezeigt werden, dass die Dokumentation Professionalisierungsprozesse einleiten, unterstützen und weiterentwickeln kann.

Welche Voraussetzungen auf der Ebene der Organisationskultur in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, wird anhand eines weiteren Fallbeispiels erläutert. Im Folgenden sollen zunächst die Ausgangsvoraussetzungen dieser Einrichtung beleuchtet werden. Den äußeren Rahmen bilden die formalen Vorgaben von gesetzlicher Seite. Auf der Ebene der Organisation interessiert uns hier insbesondere die Art der Dokumentationskultur, die sich in

der Einrichtung vor der Einführung einer fallverstehenden Dokumentation herausgebildet hatte. Aber auch die Ebene der einzelnen Akteure und deren Einfluss auf die Voraussetzungen der Dokumentation werden bei der Analyse der Ausgangsvoraussetzungen berücksichtigt. In einem zweiten Schritt werden die Einführung des Dokumentationssystems und der Umgang der Einrichtung damit beschrieben.

2.2.1. Voraussetzungen für ein fallverstehendes Dokumentationssystem – ein Fallbeispiel des Scheiterns

Das Jenaer Dokumentationssystem wurde über den Zeitraum eines halben Jahres in einer sozialtherapeutischen Einrichtung für Suchtkranke getestet, nachdem es in der *Zürcher Drogentherapieeinrichtung „Start again"* sowie in der zuvor beschriebenen Fachklinik entwickelt und in letzterer als EDV-System angewendet wurde. Der Erprobungsphase mit dem Dokumentationssystem als EDV-Programm (SwissCare) voraus ging eine 19-monatige „Sensibilisierungsphase", in der der Ansatz der fallverstehenden Dokumentation im Rahmen von insgesamt 6 Fallbesprechungen (mit Genogrammanalyse und Verlaufsdokumentation) Schritt für Schritt anhand praktischer Einübung vermittelt wurde.

Diese Einrichtung unterscheidet sich in ihrer Struktur von der erstgenannten vor allem dadurch, dass sie insgesamt kleiner ist und die Bereiche weniger stark voneinander abgegrenzt sind. Deshalb zunächst einige Informationen zu den Rahmenbedingungen:

Es handelt sich um ein sozialtherapeutisches Wohnheim mit Tagesstruktur für Suchtkranke mit Wohn- und Therapieplätzen für 16 Klientinnen und Klienten sowie einer externen Wohngruppe (Betreutes Wohnen) für 6 Klientinnen und Klienten. Die Einrichtung beschäftigt insgesamt 11 feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und 8 zusätzliche Kräfte. Die Leiterin und Geschäftsführerin ist Dipl.-Sozialpädagogin. Im Bereich „Sozialarbeit/Sozialtherapie", dem hauptsächlich Gruppen- und Einzelgespräche obliegen, arbeiten 2 Sozialarbeiterinnen (eine davon ist zusätzlich Reittherapeutin), ein Religionspädagoge/Verhaltenstherapeut und ein Heilerziehungspfleger. Im Bereich „Arbeitstherapie" (Landwirtschaft, Hauswirtschaft, Holzwerkstatt) gibt es 5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterschiedlicher Qualifi-

kation (ein M.A. Erziehungswissenschaft/Dipl.-Landwirt, zwei Ergotherapeutinnen, eine Hauswirtschafterin, ein Elektromeister). In der Verwaltung ist eine Mitarbeiterin beschäftigt.

2.2.1.1 Die Ausgangsvoraussetzungen für die Testphase des Dokumentationssystems

Die Voraussetzungen für den Verlauf der Testphase der Jenaer Dokumentation sind sowohl auf der Ebene gesetzlicher Rahmenbedingungen für therapeutische Einrichtungen als auch auf der Ebene der organisationsspezifischen Ausformung dieser Rahmenbedingungen zu betrachten. Seit Bestehen der Einrichtung hat sich vor diesem Hintergrund eine Kultur des Dokumentierens herausgebildet. Nicht zu unterschätzen ist aber auch der Einfluss bestimmter Persönlichkeiten innerhalb des Teams auf die Organisationskultur und damit auch auf die Dokumentationskultur.

Formale Voraussetzungen

Eine Ausgangsvoraussetzung im Hinblick auf die Anwendung des Dokumentationssystems in therapeutischen Einrichtungen spielt – wenn auch nur indirekt – der gesetzliche Rahmen, innerhalb dessen den Einrichtungen zwar einerseits ein gewisser Gestaltungsrahmen zugebilligt wird, der jedoch andererseits die Möglichkeiten und Grenzen einrichtungsspezifischer Entscheidungsspielräume maßgeblich determiniert.

Ohne an dieser Stelle auf Einzelheiten der Gesetzgebung genauer eingehen zu wollen, kann festgestellt werden, dass diese die Anforderungen an Dokumentation und Qualitätsmanagement grob umreißen. Das heißt, dass die Einrichtungen verpflichtet sind, ihre fachlichen Tätigkeiten zu dokumentieren und auch die Qualität ihrer Arbeit nachweislich zu sichern. In welcher Form dies geschehen soll, ist jedoch weitgehend offen gelassen.

Die bisherige Dokumentationskultur

Da es von Seiten des Gesetzgebers keine Vorgaben gibt, wie eine Dokumentation genau auszusehen hat, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Art und Weise der Dokumentation quasi „organisch" aus der Struktur der Einrichtung und deren Organisationskultur ergibt.

In welcher Weise wird nun in der Einrichtung dokumentiert?

– im Bereich Arbeitstherapie

Eine *„Quartalsbewertung"* gibt Auskunft über die Bewertung eines dreimonatigen Einsatzes einer Klientin oder eines Klienten in einem Bereich der Arbeitstherapie. Die Arbeitstherapie umfasst die Bereiche: (Hauswirtschaft/Küche, Wäsche, Tiere, Holzwerkstatt, Flechten (Stühle) und Außenprojekt (Friedhofspflege) sowie „individuell" (d.h. anfallende Arbeiten in Haus und Hof). Diese Quartalsbewertung wird vom entsprechenden Arbeitstherapeuten ausgefüllt und dient u. a. als Zuarbeit für Entwicklungsberichte. Neben Angaben zu Namen, Datum, verantwortlichem Mitarbeiter besteht der Hauptteil der DIN-A-4-Seite aus den Rubriken „Allgemeine Fragen" sowie „Fragen zur Arbeitsleistung". Die „allgemeinen Fragen" beziehen sich auf die Einstellung zur Arbeit und zum Arbeitsbereich, je zu Quartalsbeginn und –ende, auf den Verlauf der Einarbeitungszeit sowie die Kooperation mit der verantwortlichen Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter bzw. den Teamkollegen. Eine Skala von „sehr gut" bis „sehr schlecht" dient als Antwortmöglichkeit. Gleiches gilt für die „Fragen zur Arbeitsleistung", welche die Arbeitsgeschwindigkeit, Ausdauer, Pünktlichkeit, Ordnung/Sauberkeit, Arbeitsqualität, Leistungsfähigkeit (einzeln, in der Gruppe) und Übernahme von Verantwortung abfragen. Im unteren Abschnitt der Seite, für die insgesamt noch ca. ein Viertel der Seite verbleibt, sind die folgenden offenen Kategorien vorzufinden: individuelle Stärken/Schwächen, Vorkommnisse/Bemerkungen, Planungen für das nächste Quartal, Berufliche Orientierung.

Es handelt sich bei dieser „Quartalsbewertung" somit um eine in erster Linie standardisiert angelegte Form der Dokumentation, die wenig Raum für individuelle Beschreibungen, Einschätzungen o. ä. lässt, sondern auf Kategorisierung hin angelegt ist. Thematisch dreht sich der Fragenkatalog um Kategorien, die Qualität und Quantität der Arbeit abbilden. Therapeutische Bezüge und Entwicklungsprozesse werden nicht thematisiert.

Im Vergleich zu einer fallverstehenden Dokumentation bildet die in dieser Einrichtung verwendete Form der Dokumentation lediglich ab, wann sich die Klientin bzw. der Klient in welchem Bereich aufgehalten hat. Was sie dort genau gemacht hat, wie sie sich – im Hinblick auf ihre spezifische Problematik – entwickelt hat, welche Potenziale sie ausgeschöpft hat und welche

nicht, welche Fähigkeiten sie einbringen oder erproben konnte etc. – das alles geht aus diesem Bogen nicht hervor. Stattdessen gibt es jedoch eine allgemeine „Einschätzung" der Aktivitäten der Klientin oder des Klienten. Fraglich bleibt an dieser Stelle, an welchem Maßstab diese vorgenommen wird.

***Zweitens* steht die** Klientin bzw. der Klient mit den arbeitsrelevanten Facetten im Fokus der Aufmerksamkeit. Er bzw. sie wird also aus der (sachlichen) Arbeitsperspektive, in der Rolle als „Mitarbeitende" bzw. „Mitarbeitender", eingeschätzt und nicht als „Klientin" bzw. „Klient" einer sozialtherapeutischen Einrichtung. Insofern kann – zumindest anhand dieses Formulars – von einer Vermischung der (sachbezogenen und therapeutischen) Perspektiven (vorerst) nicht gesprochen werden. Im Hinblick auf die „Zumutbarkeit", also das Maß an Autonomie, das den Klientinnen und Klienten innerhalb des (arbeits-)therapeutischen Rahmens zugestanden wird, kann sogar davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der Arbeitstherapie weitgehend Autonomie unterstellt wird.

Gleiches gilt – auf den ersten Blick – auch für den *„Arbeitseinschätzungsbogen: Selbsteinschätzung"*, welcher nach Ablauf eines Quartals komplementär zur Quartalseinschätzung des Arbeitstherapeuten von den *Klientinnen und Klienten* ausgefüllt wird. Dieser Bogen ist (fast) genauso aufgebaut wie die Quartalseinschätzung der Arbeitstherapeuten (mit „allgemeinen Fragen" und „Fragen zur Arbeitsleistung"). Diese Fragen beziehen sich also auf die eigenen persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die von den Klientinnen und Klienten selbst eingeschätzt werden sollen. Der Fragebogen endet mit dem „Die Beantwortung der Fragen fiel mir ... eher leicht ___ ... oder eher schwer ___" sowie Platz für Anmerkungen.

Bei dieser Form der Dokumentation fällt Folgendes auf: Die Selbsteinschätzung an sich unterstellt zunächst wieder, dass die Klientinnen und Klienten in der Lage sind, eine solche vorzunehmen, d.h. dass ihnen in dieser Hinsicht Autonomie zugeschrieben wird. Dadurch, dass allerdings die Fähigkeit, sich selbst einzuschätzen, durch die Frage nach Schwierigkeiten bei der Beantwortung selbst wiederum in Frage gestellt wird, wird den Klientinnen und Klienten die vorher zugeschriebene Fähigkeit zur autonomen Selbsteinschätzung quasi „unter der Hand" wieder aberkannt. Dieser Fragebogen enthält damit aber gleichzeitig einen Hinweis darauf, dass es sich (doch) um einen Arbeitskontext handelt, in dem nicht die autonome Arbeitsleistung

im Vordergrund steht, sondern eine Beschädigung der persönlichen Autonomie indirekt thematisiert wird. Das heißt, für die Klientin bzw. den Klienten gilt die Autonomiezuschreibung im Bereich der Arbeitstherapie nur vordergründig. Es könnte eventuell sogar verwirrend sein – in dem Sinne, dass die Klientin bzw. der Klient nicht genau weiß, ob sie im Rahmen der Arbeitstherapie nun „Mitarbeiterin" bzw. „Mitarbeiter" oder „Klientin" bzw. „Klient" ist. Insofern geben die Dokumentationsbögen Anlass zu der Vermutung, dass die Arbeitsbereiche quasi „therapeutisiert" werden, d.h. dass es keinen Bereich gibt, in dem die Klientinnen und Klienten unter einem „sachbezogenen" Blickwinkel wahrgenommen werden.

– im Bereich „Reiten"

Die Reittherapie wird von der verantwortlichen Mitarbeiterin, einer Sozialpädagogin mit Ausbildung als Reittrainerin, explizit nicht als „Therapie", sondern einfach als „Reiten" bzw. „Arbeit mit Pferden" o. ä. bezeichnet. Sie will damit deutlich machen, dass es primär um die Pferde (d.h. ihre Haltung, Pflege etc.) geht und nicht „noch eine Therapie in der Therapie" ansteht. Das bedeutet wiederum, dass die Klientin oder der Klient nicht vorrangig als "Patientin" bzw. „Patient" (d.h. als Person mit eingeschränkter Autonomie) angesprochen werden soll. Die Frage ist jedoch, welche „Rolle" als Alternative in Frage kommt. Das hängt letztlich davon ab, welche Funktion das Reiten innerhalb der Einrichtung hat. Die Arbeitstherapie umfasst Bereiche, die zumindest mittelbar dem wirtschaftlichen Überleben der Einrichtung dienen. Das Reiten fällt aber nicht in den Bereich "Tiere" (dazu gehören nur die landwirtschaftlichen Nutztiere), sondern hat gewissermaßen einen Sonderstatus. Da die Pferde nicht zum wirtschaftlichen Überleben der Einrichtung beitragen, müssen sie entweder „Luxus" sein – oder, da diese Deutung im Kontext einer therapeutischen Einrichtung nicht plausibel ist, (doch) Teil des therapeutischen Konzeptes. Hier findet sich also die gleiche Gestalt wie bei der Arbeitstherapie wieder: „Eigentlich" werden die Klientinnen und Klienten als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (im Sinne von „Mitarbeitenden") angesehen, jedoch wird diese Struktur nicht „durchgehalten", sondern unter der Hand gebrochen, indem Elemente des therapeutischen Kontexts immer wieder in den Arbeitsalltag einbrechen – und somit, ob gewollt oder nicht, doch eine Vermischung der Perspektiven mit sich bringen.

Die Dokumentation, die im Bereich Reiten angefertigt wird, ist nicht standardisiert, sondern individuell aufgebaut und wird von der entsprechenden Mitarbeiterin eigenständig geführt, d.h. sie basiert ausschließlich auf eigener Motivation. Sie beginnt mit der Angabe „1. Stunde", danach folgen: Datum, Pferd, Ort. Darunter folgen Beschreibungen (Stichpunkte, Sätze) zu den Unterpunkten Putzen, Longieren, Bodenarbeit, Gespräch (diese variieren je nach ausgeführten Tätigkeiten). Abschließend gibt es noch eine Art „Fazit" bzw. Einschätzung der gesamten Stunde durch die Mitarbeiterin. An diese Dokumentation der Reitstunde schließt sich eine „Beobachtung" mit Datum an, die eine kurze Beschreibung der Aktivitäten der Klientin bzw. des Klienten und Interaktion mit der Sozialpädagogin beinhaltet.

Im Großen und Ganzen ist diese Art der Dokumentation – aus sich heraus – ähnlich aufgebaut wie die fallverstehende Dokumentation: Es werden Zeit, Ort und Handlung erfasst, Ereignisse und Beobachtungen beschrieben und gedeutet. Einzig die Ableitung weiterführender Schritte auf der Basis der Deutungen ist nicht explizit enthalten.

Daraus können insgesamt die folgenden Schlüsse gezogen werden:

In der Dokumentation der Reittherapie sind Ansätze zum fallangemessenen therapeutischen Umgang (Fallverstehen) und zur Reflexion dieses Prozesses vorhanden. Dieser Ansatz einer professionellen Haltung ist im Kontext der Einrichtung als „Sonderleistung" zu betrachten, da sie einzig und allein bei einer Mitarbeiterin anzutreffen ist und somit nicht in der Dokumentationskultur der Einrichtung begründet sein kann. Da diese individuelle Dokumentation durch die einrichtungsübliche Dokumentationskultur allerdings nicht eingeschränkt wird, kann davon ausgegangen werden, dass ein gewisser individueller Spielraum in der Ausgestaltung der Praxis des Dokumentierens besteht.

– im Bereich sozialpädagogischer/therapeutischer Einzelgespräche

Neben Arbeits- und Reittherapie – die sich als implizit therapeutisch „unterwandert" erwiesen hatten – gibt es in der Einrichtung zwei explizit therapeutisch angelegte Bereiche: Gruppentherapie und Einzelgespräche. Die Einzelgespräche, die anfangs wöchentlich, später nur noch bei Bedarf statt-

finden, werden von der jeweiligen Bezugsbetreuerin bzw. dem Bezugsbetreuer, einer Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mit sozialpädagogischer o. ä. Qualifikation, durchgeführt. Themen sind üblicherweise die Aufarbeitung der Lebensgeschichte der Klientin oder des Klienten sowie aktuelle Themen, die sich aus dem Alltag der Einrichtung ergeben.

Die Dokumentation dieser Gespräche erfolgt i. d. R. schriftlich und wird von den entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter *individuell* verfasst. Dies ist dies ein weiterer Hinweis darauf, dass in der Einrichtung individuelle Möglichkeiten bestehen, durch Dokumentation eine fallverstehende, d.h. professionelle Haltung den Klientinnen und Klienten gegenüber einzunehmen. Inwiefern diese genutzt werden, hängt einerseits vom individuellen (professionellen) Selbstverständnis ab, wird aber andererseits vor allem durch die Dokumentationskultur der Einrichtung mitbestimmt.

– der „grüne Ordner" als Versuch der Sammlung von Informationen und der Perspektivenvernetzung

Bis vor wenigen Jahren gab es in dieser Einrichtung eine Form der schriftlichen Dokumentation, deren Sinn und Zweck es war, die Informationen zu einer Klientin oder einem Klienten möglichst zu bündeln und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich zu machen, sofern sie dies wünschten. Dies geschah in einem „grünen Ordner", der Beschreibungen wichtiger Begebenheiten im Alltag sowie andere relevante Informationen zu den Klientinnen und Klienten enthielt. Diese Idee, eine Art Vernetzungsfunktion, wird nach wie vor von den meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befürwortet, jedoch ist die praktische Umsetzung im Laufe der Zeit „eingeschlafen". Begründet wird dies mit mangelnder Zeit, sich explizit damit zu beschäftigen.

Formen der schriftlichen Dokumentation, die einem Zweck dienen, der über das Maß des alltäglich Notwendigen hinausgeht, scheinen also nicht Teil der Dokumentationskultur zu sein, denn innerhalb der Einrichtung gibt es keine Anzeichen dafür, in eine als sinnvoll erachtete Arbeitsgrundlage in Form einer vernetzenden Dokumentation zu investieren.

– der mündliche Informationsaustausch

Neben der schriftlichen Dokumentation ist die mündliche Form der Weitergabe von Informationen, sei es in Besprechungen oder so genannten „Tür- und Angel-Gesprächen", in wohl jeder sozialen Einrichtung von einer gewissen Bedeutung. Deswegen sind auch diese ein Teil der Kommunikationskultur der Organisation, obwohl sie nicht immer direkt der Erfassung und (therapeutischen) Verwertung von Informationen dienen. Auch wenn sie nur indirekt Teil der Dokumentationskultur sind, beeinflussen sie diese doch in erheblichem Maße. Sie bilden eventuell sogar einen Kontrast zur schriftlichen Dokumentationskultur, ergänzen diese oder konkurrieren implizit damit und verdienen aus diesem Grund eine gesonderte Betrachtung.

In dieser Einrichtung ist die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Klientinnen und Klienten relativ überschaubar – insgesamt sind es ca. 30 Personen. Es konnte festgestellt werden, dass auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein permanentes Informationsdefizit besteht, was sogar von ihnen selbst thematisiert wird. Dementsprechend ist der Bedarf an Informationsbeschaffung recht hoch. Dies äußert sich dahingehend, dass häufig Besprechungen stattfinden, und auch Tür- und Angel-Gespräche haben eine wichtige Bedeutung.

Die Form der mündlichen Informationsweitergabe ist jedoch generell eher weniger dazu geeignet, weiterführende Reflexionsprozesse anzuregen, da ihr „flüchtiger" Charakter einem systematischen Festhalten und Darüber-Nachdenken entgegensteht. (Natürlich können sich mündliche Informationsweitergabe und schriftliche Dokumentation grundsätzlich sinnvoll ergänzen.) Der hohe Bedarf an Kommunikation (nicht nur über therapeutisch relevante Belange, auch viel über Organisatorisches) spricht zudem dafür, dass in dieser Einrichtung scheinbar jeder über alles Bescheid wissen muss, um handlungsfähig zu sein. Das hieße wiederum, die Einrichtung scheint insgesamt wenig differenziert in einzelne (relativ autonome) Handlungsbereiche mit abgrenzbaren Kompetenzen zu sein.

Die Voraussetzungen der Leiterin

Die Dokumentationskultur, die sich in einer Einrichtung herausbildet, wird auch durch das Engagement einzelner Akteure beeinflusst. Dies gilt auch für die Aktivitäten Einzelner gegenüber organisationskulturellen Routinen und Strukturen. Insbesondere Akteure in leitender Position dürften hierbei eine wichtige Rolle spielen, da sie zumindest formell die Macht haben, durch Entscheidungen Wandlungsprozesse einzuleiten, zu steuern oder aber alles „beim Alten" zu belassen.

Vor dem Hintergrund der Frage nach den Bedingungen für den Verlauf der Einführung des Dokumentationssystems nach dem „Jenaer Modell" **im** Falle der hier beschriebenen Einrichtung sind auch die biografischen Voraussetzungen der Leiterin interessant. Denn diese haben vermutlich einen Einfluss darauf, wie sie mit der „Irritation", die ein neues System zunächst einmal mit sich bringt, und den Reaktionen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umgeht.

Aus dem biographischen Hintergrund der Leiterin, auf den an dieser Stelle aus Datenschutzgründen nicht explizit eingegangen wird, kann abgeleitet werden, dass Stabilität, Kontinuität und Beständigkeit in der Einrichtung wahrscheinlich eine große Rolle spielen. Es wäre damit zu rechnen, dass die Erhaltung des familienähnlichen Charakters der Einrichtung Priorität vor allem anderen hat. Dies könnte bedeuten, dass eine neue Form der Dokumentation, die darauf ausgerichtet ist, Reflexionspotenziale zu unterstützen, als ‚Bedrohung' der gewachsenen Struktur interpretiert werden würde, da familienähnliche Strukturen gegebenenfalls ohne Dokumentation auskommen – bzw. in diesem Falle mit einem bürokratisch geforderten Mindestmaß, da es sich um ja eine therapeutische *Einrichtung* (mit Dokumentationspflicht) handelt. Im Hinblick auf die Professionalität bzw. Professionalisierungsbereitschaft innerhalb der Einrichtung könnte sich diese biographische Motivation (Einrichtung als Familie) gegebenenfalls als hinderlich erweisen, da die Familie an sich ein (sozialer) Ort ist, an dem nicht professionelle, sondern laienhafte Kompetenz wirksam ist.

2.2.1.2 Der Verlauf der Testphase des Dokumentationssystems

Die Ausgangslage vor der Einführung des Dokumentationssystems stellte sich zusammenfassen folgendermaßen dar:

1. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen fordern zwar eine Dokumentation, lassen jedoch die Art und Weise offen. Gleiches gilt für Maßnahmen zur Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit.

2. In der Einrichtung hat sich eine Dokumentationskultur herausgebildet, die die geforderte schriftliche Dokumentation auf das Notwendigste reduziert. Darüber hinausgehende Ansätze schriftlicher Dokumentation, die zum Teil professionelles Potenzial haben, sind individuell motiviert. Durch eine verstärkte mündliche Kommunikation wird versucht, Handlungssicherheit zu gewinnen.

3. Die persönlichkeitsspezifischen Voraussetzungen, die die langjährige Leiterin der Einrichtung mitbringt, lassen vermuten, dass ihr Engagement tendenziell weniger auf eine qualifizierte Dokumentation gerichtet ist, sondern sich stärker am Bestehen des familiären Charakters der Einrichtung orientiert.

Wichtig zu berücksichtigen ist an dieser Stelle aber auch, dass die Nachfrage nach dem ‚neuen' Dokumentationssystem nicht von der Einrichtung ausging. Das heißt, es bestand kein konkreter Anlass, z. B. Probleme mit den Kostenträgern, die zu einer ‚vorauseilenden' Qualitätssicherungsentwicklung hätten führen können. Diese Ausgangsvoraussetzung, sozusagen eine „nicht vorhandene Krise", könnte natürlich auch mit dazu beitragen, den Umgang mit einer neuen Form der Dokumentation zu beeinflussen.

Das Jenaer Modell einer fallverstehenden EDV-Dokumentation trifft also auf eine Einrichtung, die einem neuen Dokumentationssystem zwar vordergründig aufgeschlossen gegenüber steht – u. a. weil sie sich erhofft, das permanente Informationsdefizit damit zu überwinden. Auf der Ebene kultureller Muster der Organisation scheint jedoch eher die gegenläufige Tendenz, die Reduzierung der Dokumentation auf ein Mindestmaß abfragbarer Kategorien bzw. individuellem Bedarf entsprechend, vorzuliegen. Insofern könn-

te der fallverstehende Dokumentationsansatz als eine Art „Krise" gedeutet werden: ein Ereignis, das der organisationsspezifischen Kultur entgegenläuft und deswegen Veränderungen auf der Ebene der Organisationskultur in Gang setzen kann – oder auch nicht.

In diesem Abschnitt soll beschrieben werden, wie innerhalb der Organisation mit diesem Ereignis umgegangen wird und welche Rolle einzelne Akteure dabei spielen. Der Verlauf der Einführungsphase wird anhand von drei Zeitpunkten beschrieben:

- zur Einführung
- nach ca. 2 Monaten
- nach ca. 5 Monaten

– zur Einführung des Ansatzes der fallverstehenden EDV- Dokumentation

In der Diskussion der Einführung des Programms in die Einrichtung erwiesen sich folgende Punkte als wesentliche Ausgangspunkte bei der Einführung des Dokumentationssystems:

Die Einrichtung will sich bewusst von einem bürokratischen Anstrich abgrenzen:

Die Klientinnen und Klienten, die sich in der Einrichtung nur vorstellen, jedoch nicht zwangsläufig aufgenommen werden, müssen aus verwaltungstechnischen Gründen auch erfasst werden, was zurzeit so gelöst wird, dass diese Personen ein Formular per Hand ausfüllen bzw. abgefragt werden. Man möchte dieses Procedere jedoch keinesfalls durch eine Aufnahme am PC ersetzen (um doppelte Arbeit zu vermeiden), um den potenziellen Klientinnen und Klienten nicht das Gefühl zu vermitteln, in erster Linie „verwaltet" zu werden.

Es gibt keine Ausdifferenzierung verschiedener fachlicher Perspektiven: Jeder macht alles:

Die Zuordnung zu Benutzergruppen (Verwaltung, Therapeutinnen und Therapeuten, Betreuerinnen und Betreuer im Arbeits- oder Wohnbereich),

der auf der Handlungsebene eine Differenzierung verschiedener Bereiche, Zuständigkeiten und Perspektiven entspricht, ruft bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Widerstand hervor. Dies wird begründet mit dem quasi-familiären Charakter der Einrichtung gegenüber dem anderen Einrichtungen, v. a. gegenüber konventionellen großen Klinikeinrichtungen: „Also wenn man so nen Gradienten macht zwischen Familie und riesengroßer Klinik, dann sind wir noch ziemlich weit unten." (Zitat des stellvertretenden Leiters) Zudem vertrete man sich gegenseitig. Dementsprechend müsse jeder in das Dokumentationsprogramm alles eintragen können.

Erstens wird damit in der Folge der Gefahr eines „gläsernen Patienten" (bzw. Klientin/Klient) Vorschub geleistet, da jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter prinzipiell alle Eintragungen lesen kann. Dies ist jedoch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nicht therapeutisch tätig sind, nicht sinnvoll, um eine Pseudo-Therapeutisierung anderer Bereiche (z. B. Arbeitstherapie) zu vermeiden. Dass es jedoch in der Einrichtung Tendenzen in diese Richtung gibt, wurde an anderer Stelle bereits deutlich.

Mit der Ablehnung unterschiedlicher Benutzergruppen des Dokumentationssystems wird letztendlich auch eine Differenzierung fachlicher Perspektiven auf die Klientin bzw. den Klienten abgelehnt.

– ein „Zwischenstand" nach ca. 2 Monaten

Anhand des Verlaufs der Einführung bestätigt und konkretisiert sich die oben aufgestellte Vermutung in Bezug auf die Unterschiedlichkeit der fachlichen Blickwinkel auf die Klientinnen und Klienten in der Einrichtung:

Sowohl in den Arbeitsbereichen als auch im sozialpädagogischen Bereich ist eine eigenständige Sichtweise auf die Klientinnen und Klienten im Ansatz vorhanden; diese wird jedoch „unter der Hand" mit anderen Perspektiven vermischt.

Dies ist im sozialpädagogischen Bereich daran erkennbar, dass dieser kein eigenständiges professionelles Selbstverständnis, sondern eher eine „diffuse Allzuständigkeit" aufweist: In der Einrichtung gibt es keine übliche Differenzierung der Zuständigkeit für Verwaltungs- und therapeutische Aufgaben, sondern der sozialpädagogische Bereich wird von anderen, insbesondere der Verwaltung, vereinnahmt. Die Aufnahme der Stammdaten der Klientinnen

und Klienten in das Programm wird z. B. von einem sozialpädagogischen Mitarbeiter durchgeführt und nicht von einer Verwaltungskraft. Ein weiteres Indiz für die o. g. These ist die Tatsache, dass bei der Aufnahme der Bereiche in das Programm die sozialpädagogischen Bereiche (Einzeltherapie, Gruppentherapie) „vergessen" wurden, was erst nach einiger Zeit bei der Benutzung des Programms auffiel. Wie anhand der Dokumentationen in den Arbeitsbreichen bereits deutlich wurde, ist auch dort keine ausschließlich sachbezogene Sichtweise vorherrschend, sondern die Sachbezogenheit „vermischt" sich mit therapeutischen Inhalten.

Die Anwendung der Dokumentation in der Einrichtung seit der Einführung ergab folgendes Zwischenergebnis:

Die handlungsentlastete Situation, in der dokumentiert wird, steht im Widerspruch zum allgegenwärtigen Handlungsdruck des Arbeitsalltages in der Einrichtung. Nur durch eine ausgewiesene Motivation zur Dokumentation kann diesem Druck entgegengewirkt werden.

Seit der Einführung in das Dokumentationssystem wurden die Verläufe von 3-5 Klientinnen und Klienten dokumentiert. Die Aufnahme neuer Klientinnen und Klienten in SwissCare bezeichnet ein Mitarbeiter als „hohe Hürde im normalen Arbeitsablauf" (ins Büro gehen, PC hochfahren, warten, eingeben ...). Es gäbe viele Situationen, die zu dokumentieren wären, jedoch ließe sich die Dokumentation schwer in den Arbeitsablauf integrieren. Das Dokumentationssystem erfordert eine explizite Auseinandersetzung mit den zu dokumentierenden Ereignissen, die nicht „nebenbei" erledigt werden kann. Insofern ist eine ebenso explizite Motivation erforderlich, um die „Hürde" des zusätzlichen Aufwands zu überspringen. Eine explizite Motivation kann eigentlich nur dem *Bedürfnis nach Professionalisierung* entspringen, d.h. anhand der Reflexion der Ereignisse in der Begegnung mit der Klientin oder dem Klienten ein besseres Verständnis der Struktur dieses Falles zu erlangen bzw. dem generellen Wunsch, das eigene Handeln fachlich zu profilieren. Eine weitere Möglichkeit, die „Motivationshürde" zu Beginn zu überspringen, wäre eine „Weisung" von Seiten der Leitung, so dass die ‚Hürde' sozusagen zwangsweise übersprungen werden muss, aber sich die Dokumentation nach einer gewissen Zeit einbürgert und ihre Vorteile erkennbar werden. Eine solche Weisung erfolgt jedoch nicht.

Als grundsätzliche Bedingung für eine fallverstehende Dokumentation kann also bereits jetzt schon eine ausgewiesene Motivation gelten.

Bezüglich der Vermittlung des Nutzens fallverstehender Dokumentation stellte sich folgendes heraus:

Eine wichtige Rolle im Hinblick auf die Verstärkung der Motivation spielt ein „Vermittler" zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Dies ist zunächst daran erkennbar, dass direkt nach der Einführung in das Dokumentationsprogramm drei Wochen lang gar nichts passierte, bis der Mitarbeiter, der sich um EDV-Angelegenheiten kümmert (als Sozialarbeiter tätig), aus dem Urlaub zurückkehrte. Er war auch derjenige, der die Stammdaten der Klientinnen und Klienten eingab (die Voraussetzung, um die Verlaufsdokumentation vornehmen zu können) und sich bereit erklärte, anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Bedarf eine Einweisung in das Programm zu geben.

Die Mittlerrolle wird in diesem Falle bewusst wahrgenommen: Gegenüber dem bisherigen Arbeitsablauf, sagte dieser Mitarbeiter im Interview, sei die Dokumentation ein Mehraufwand. Insofern müssten Anlaufschwierigkeiten, die nun in der Praxis auftreten, auf dem Weg zur ‚mentalen Verankerung', die das Ziel sei, noch überwunden werden. Er selbst sieht sich dabei in der Rolle desjenigen, der motivieren könne/müsse. Hier schließt sich die Frage an, ob diese Mittlerrolle in der Folgezeit auch bewusst gestaltet wird, d.h. ob sich der Mitarbeiter sozusagen zum ‚Anwalt' der neuen Dokumentation macht oder nicht. Seine Position innerhalb der Organisation dürfte dabei eine nicht unwesentliche Rolle spielen, sprich: Ist seine Position die geeignete, um solch eine Vermittlerrolle wahrzunehmen?

Ist die ‚Hürde' der Motivation einmal übersprungen, tritt mit der Nutzung der Dokumentation zunächst folgende Wirkung zu Tage:

Die Vernetzungsmöglichkeit der Dokumentation greift auf der Ebene des Informationsaustauschs. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass auch andere die Dokumentation nutzen.

Ein Mitarbeiter sagt (sinngemäß): Ein bisheriger (positiver) Effekt sei, dass der Therapieverlauf sichtbar gemacht würde: die Gespräche, Beobachtungen und Alltagssituationen, die von andren beschrieben werden. Dies sei [für ihn] geradezu das Anliegen, einen Transfer von Informationen von einem Bereich zum anderen – nach Selektion relevanter Themen – zu ermöglichen.

Zwar findet diese Vernetzung nicht nur im „eigentlich" dafür vorgesehenen (nur) therapeutischen Rahmen statt, aber sie greift in dieser Einrichtung offensichtlich an dem Punkt des permanenten Informationsdefizits, an dem die Einrichtung leidet. Ein direkter informeller Austausch in zumeist mündlicher Form erfüllt allerdings ebenso die Funktion einer „Vernetzung" – d.h. dass die EDV-Dokumentation dadurch „ausgehebelt" werden könnte, dass es einfach schneller geht, die Informationen mündlich weiterzugeben. Deshalb bleibt zu fragen: Dienen die Sammlung und der Austausch von Informationen „nur" als Hintergrundinformationen auf der Handlungsebene für eine kurzfristige Problemlösung oder haben sie einen weiterführenden Zweck, wie die schrittweise Erfassung der zentralen Problematik der Klientin oder des Klienten?

Einen ersten Hinweis in dieser Hinsicht kann das folgende Statement eines Mitarbeiters liefern: An der Dokumentation sei positiv, dass weniger ‚verloren' ginge als bei Tür-und-Angel-Gesprächen. Ein qualitativer Unterschied zur mündlichen Absprachen sei dahingehend zu verzeichnen, dass bei der mündlichen Übergabe der „Aha-Effekt" oft größer sei, da man die Klientin bzw. den Klienten aus der Perspektive des Anderen sieht. Wenn man allerdings alleine vor dem PC sitze, sei dies auch „nicht schlecht", da man so „zur Ruhe" käme.

Was passiert, wenn das Dokumentationssystem angewendet wird?

Bei regelmäßiger Anwendung tritt das Potenzial der Dokumentation zur Selbstreflexion nach relativ kurzer Zeit zu Tage:

Nach Überspringen der ‚Motivationshürde' hat einer der Mitarbeiter (der ‚Mittler') angefangen, sich mit dem Programm zu beschäftigen, Patientenakten von Klienten angelegt und ca. ein Mal pro Woche Eintragungen vorgenommen. Anders als der eben zitierte Mitarbeiter nutzt er die Dokumentation nicht, um die Eintragungen anderer zu lesen, sondern nur für sich selbst. Als Effekte beschreibt er eine Übersicht über den Verlauf und eine bessere Eigenreflexion.

Ob dieses Potenzial zur Selbstreflexion jedoch weitergehend genutzt wird, hängt vom persönlichen Anspruch an die eigene Professionalität, von orga-

nisationsspezifischen (-kulturellen) Voraussetzungen und nicht zuletzt von einer gewissen Gruppendynamik ab.

– der Umgang mit dem Dokumentationssystem nach ca. 5 Monaten

Fünf Monate, nachdem die Einrichtung mit der Testphase der EDV-Version des Dokumentationssystems begonnen hatte, fand eine Gruppendiskussion zum Stand der Anwendung statt. Diese ergab Folgendes:

Die EDV-Verlaufsdokumentation wird überwiegend nicht genutzt. Von Seiten der Leitung wird dieser Entwicklung nicht entgegen gewirkt.

Auf die Eingangsfrage in die Runde, wie man in der Einrichtung mit dem ‚neuen' Dokumentationssystem umgeht, antwortet die Leiterin – nach 7 Sekunden Schweigen: „Ich dokumentiere gar nichts (2) überhaupt nichts, ich war nicht einmal am Computer drin." Die lange Pause deutet bereits eine heikle Situation an, und die Leiterin bricht das Schweigen mit ihrem ‚Bekenntnis', die Dokumentation nicht zu nutzen. Dies ist jedoch nicht einfach „nur" als persönliche Aussage zum Thema zu verstehen. Zum einen ist die Leiterin in einer Position, in der sie am direkten (therapeutischen) Geschehen in der Einrichtung aufgrund ihrer vielfältigen übergeordneten Aufgaben sowieso nur zum Teil beteiligt ist und allein aus dem Grund schon gar nicht dokumentieren müsste. Zum anderen aber kann sie aufgrund ihrer übergeordneten Position nicht nur für sich sprechen, sondern immer auch für die Einrichtung als ganze. Das müsste also heißen, sie spricht das aus, was alle denken. Falls sie jedoch tatsächlich damit nur ihre ganz persönliche Einstellung kundtun möchte, würde sie absichtlich die Wirkung, die ein solcher Einstieg im Rahmen einer Gruppe hat, ignorieren – nämlich ihre „Vorbildwirkung". Beide Auslegungen deuten jedoch darauf hin, dass das Dokumentationssystem keine Unterstützung von Seiten der Leitung erhält. Ziemlich wahrscheinlich ist aber, dass die Leiterin mit ihrer Aussage die Meinung der Mehrheit repräsentiert, denn – wie sich im Verlauf der Diskussion herausstellt, wird die Verlaufsdokumentation tatsächlich so gut wie gar nicht mehr genutzt. Welche Faktoren haben noch zu dieser Entwicklung beigetragen?

Das therapeutische Geschehen in der Einrichtung beschränkt sich auf die akute Problemlösung im Alltag. Ein Bewusstsein für darüber hinaus gehende diagnostische oder selbstreflexive Anteile therapeutischen Handelns ist überwiegend nicht vorhanden.

Exemplarisch für diese Handlungsweise steht ein weiteres Zitat der Leiterin aus der Gruppendiskussion:

> „... da du die Situation halt jetzt lösen musst, machst du das halt (...) der is da oder ich geh jetzt konkret zu demjenigen hin dann mach ichs (..) und und ich mache es aber (..) nebenbei (1) es ist mir zwar ganz wichtig, aber es wird nebenbei gemacht (1) und nicht offiziell gemacht (..) ä- ä- ich weiß nicht, ob du verstehst, was ich meine, ich denke, offizieller ist es, wenn ich jetzt ‚n Computer gebe das eintippe und dann (1) mache, dann dann is es offizieller, sondern ich löse das jetzt schnell im Gespräch (..) der hat angerufen (..) da müss' ma uns jetzt ein Kopf machen und dann setz ma uns hin und machen uns jetzt ein Kopf weil weil ich (..) sofort wieder anrufen muss oder irgendsowas oder (..) was weiß ich, der eine steht noch in der Tür und der andere da und dann (..) sprichstes an und du machst es halt nicht so (3) oder du hälst es überhaupt nicht fest (..) und ich denke, viele Sachen (..) die gehn uns einfach auch wirklich verloren (..) die wa einfach so am Rande ma ausdiskutiert haben oder wo eener sagt ich weeß och nich, wie ich das jetzt machen soll, der hat schon wieder das und das gemacht oder so, ich denke, der kriegt das nicht hin und dann sagt der andere (..) Stefan kommt dann und sagt, na ja, pass mal auf, der hat ja auch das Krankheitsbild, der kann das auch so nicht hinkriegen und dann hast du (..) eben sofort die Sache (2) raus (..) gemacht, gelöst irgendwie [räuspert sich] hast se aber gar nicht festgehalten, hast nur irgendwie Informationen gesammelt und bist (1) und dann gehts schon wieder weiter, da haste schon das nächste Thema wieder aufm Tablett stehn ..."

In diesem Zitat wird anschaulich beschrieben, wie im therapeutischen Alltag unter Handlungsdruck Entscheidungen getroffen werden müssen. Der entscheidende Punkt ist hier nicht, dass dies unter Handlungsdruck ge-

schieht (das wird sich zumeist nicht vermeiden lassen), sondern dass diese Entscheidungsfindung in ihrer Flüchtigkeit nicht problematisiert wird. Wenn Entscheidungen „nebenbei" erledigt werden, bedeutet das, man hat „hauptsächlich" andere Dinge zu tun. Es entsteht der Eindruck, dass Entscheidungen in einem gewissen Maße davon abhängen, welche Informationsgrundlage gerade verfügbar ist. Es scheint auch gar nicht das Ziel zu sein, diesen Entscheidungen eine systematische Grundlage zu verleihen, da die Informationen, die gesammelt werden, ihre Bedeutung nach der ad-hoc-Lösung von Problemen verlieren. Wenn eine Eintragung in das Dokumentationssystem als „offiziell" bezeichnet wird, deutet dies darauf hin, dass das Dokumentationssystem einen speziellen Ort und eine besondere Zeit bereitstellt, um sich (im Nachhinein) mit einer bestimmten Begebenheit im Umgang mit einer Klientin oder einem Klienten zu befassen. Indem die Entscheidungen in der Einrichtung aber gerade nicht „offiziell" werden, bekommen sie diesen „Raum" nicht. Sie bleiben somit zusammenhangslos. Insofern hat die Verlaufsdokumentation in dieser Einrichtung keine Grundlage, da es keinen „Verlauf" einer Klientin bzw. eines Klienten, der eine Entwicklung abbildet, gibt, sondern nur einzelne situationsabhängige Entscheidungen, die in keinen übergreifenden Zusammenhang eingebettet werden.

Das heißt, ein Bewusstsein für den Sinn einer nachträglichen Vergegenwärtigung von Situationen im therapeutischen Alltag besteht überhaupt nicht, und insofern kann auf die Frage, warum eigentlich dokumentiert werden soll, auch keine Antwort gefunden werden, die den Aufwand, den man damit hat (Zeit etc.) rechtfertigt.

Die Dokumentation wird „nur" als Medium zum Informationsaustausch sowie zur Aufbewahrung von Informationen wahrgenommen. Die mündliche Kommunikation erweist sich hierfür jedoch als effizienter.

Wie an anderer Stelle schon beschrieben, ist der Austausch von Informationen in der Einrichtung ein permanentes Problem, da aufgrund der geringen fachlichen Ausdifferenzierung tendenziell jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter alles wissen muss. Die auch oben beschriebene Schnelllebigkeit der getroffenen Entscheidungen wirkt sich zusätzlich dahingehend aus, dass viele Informationen, wenn sie nicht mehr aktuell sind, ‚verloren gehen' – was von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr bedauert wird. Da die

Aktualität der Problemlösung jedoch im Vordergrund steht, erscheint eine nachträgliche Konservierung zwar wünschenswert, fällt aber letztlich dem Zeit- und Problemdruck zum Opfer:

> „...an sich ist es auch nicht dumm (1) das danach nochmal reinzuschreiben aber die Zeit nehm ich mir nicht weil dann (..) dann hab ich (..) die Sache geklärt dann kann ich die abhaken und dann ist die für mich weg (1) weil dann stehn wieder andere Probleme an (1) also so vom (..) vom Arbeiten her" – sagt ein Mitarbeiter der Arbeitstherapie.

Und was den Austausch von Informationen betrifft, ist das Programm zwar prinzipiell dazu geeignet, das setzt aber voraus, dass alle anderen den PC als Informationsspeicher gleichfalls nutzen, was in der Einrichtung nicht der Fall ist:

> „Ja also die Kommunikation untern Mitarbeitern läuft halt nicht übern Computer ne? Weil ich weiß, die anderen gucken auch nicht rein (..) kann Informationen reingeben, aber dann bleibt se da und geht nicht wieder raus zu ,n andren Mitarbeitern, wenn dann müssten wir alle das machen und vernetzt sein"

Dass in einer kleinen sozialen Einrichtung der Informationsaustausch über den Computer verläuft, ist natürlich weder gewollt noch überhaupt denkbar oder sinnvoll. Da diese Ebene aber wegen des permanenten Informationsdefizits die für die Einrichtung entscheidende ist, wird das Dokumentationssystem natürlich daran gemessen, was es zu einer Problemlösung bzw. Erleichterung in dieser Hinsicht beitragen kann. Und hier muss natürlich festgestellt werden, dass die mündliche Kommunikation für einen Informationsaustausch unter Zeitdruck besser geeignet ist.

Eine zusätzliche Hemmschwelle, die auch nicht zu unterschätzen ist, bildet der „technische" Rahmen:

...der PC an sich, der in einem separaten Raum steht, hochgefahren werden muss etc., an den man sich erst einmal im Umgang gewöhnen muss, um halbwegs damit umgehen zu können. Dies ist für eine Reihe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Grund, gleich gar nicht mit einer Dokumentation

zu beginnen – wo deren Nutzen sowieso zweifelhaft ist... Dass dieses Argument jedoch nur ‚vorgeschoben' ist, stellt ein Mitarbeiter selbst fest:

> „Nee nee, das is einfach, wir sind das nicht gewohnt, wenn de uns, wenn wir uns jetzt, sag ich mal, vier Wochen nehmen, uns das angewöhnen (..) bewusst (1) aber da ham mer wieder vier Wochen keine Zeit für die restlichen (..) anderen Sachen, die uns einfach im Alltag umgeben und (1) des (..) also für die allgemeine Arbeit, wir müssten uns im Prinzip jetzt, sag ich mal (..) vier Wochen (..) mit dem Computer, sag ich mal, auseinandersetzen (1) und dann würde das wahrscheinlich gehen (1) ob ich das jetzt da aufschreibe oder (2) sonst den Computer nutzen wir ja och"

Die eigentlich notwendige Mittlerrolle einer Person, die zum einen Sinn und Zweck der Dokumentation nicht in Frage stellt und zum anderen bei Schwierigkeiten vor Ort motivierend zur Seite steht, wird vor dem Hintergrund fehlender Motivation obsolet.

Im Falle der Einrichtung hatte derjenige Mitarbeiter, der sich um EDV-Angelegenheiten kümmert, diese Rolle ansatzweise übernommen, jedoch hat dies offensichtlich nicht viel bewirkt. Daraus kann geschlossen werden, dass a) die notwendige Bedingung einer Motivation zur Dokumentation erfüllt sein muss und b) es vermutlich günstiger wäre, wenn eine Person, die entweder in leitender Position ist oder eine uneingeschränkte Autorität innerhalb der Einrichtung verkörpert, die Funktion des Vermittlers vor Ort übernimmt.

2.2.2. Allgemeine Anwendungsbedingungen für eine fallverstehende Dokumentation

Eine fallverstehende Dokumentation ist, wie das obige Fallbeispiel gezeigt hat, nicht in jedem Kontext einer sozialen Einrichtung sinnvoll und nützlich. Und zwar aus folgendem Grund: Eine Organisation neigt nicht zwangsläufig dazu, sich entsprechend zu verändern, wenn ein fallverstehendes Dokumentationssystem „nur" eingeführt wird. Die „Krise", die angesichts neuer und ungewohnter Anforderungen entsteht, führte wie im Falle der beschriebe-

nen Einrichtung, nicht notwendigerweise zur Einleitung bzw. Unterstützung von Professionalisierungsprozessen bei den Mitarbeitern. Im Hinblick auf die Dokumentationskultur setzte sich implizit das Bestehende durch, obwohl vordergründig zunächst „Offenheit" für neue Lösungen signalisiert wurde. Das heißt, dass ein Wandel auf der Ebene von Organisationsstrukturen und -kulturen nicht durch die Einführung eines neuen „Systems" allein erreicht werden kann. Deshalb kann – auf der Basis der Bedingungen des Scheiterns – an dieser Stelle konstatiert werden, dass für die Anwendung einer fallverstehenden Dokumentation gewisse Bedingungen erfüllt sein müssen, um dem Sinn eines solchen Dokumentationssystems überhaupt zur Geltung zu verhelfen:

1. *Eine grundsätzliche Bereitschaft und Motivation im Bereich des fallverstehenden Umgangs mit den Klientinnen und Klienten sollte Teil der Organisationskultur einer therapeutischen Einrichtung sein.*

Das Interesse an einer fachlichen Orientierung an der zentralen Problematik der Klientin bzw. des Klienten bildet die wichtigste Voraussetzung, um das Potenzial und den Nutzen der fallverstehenden Dokumentation überhaupt plausibel erscheinen zu lassen. Hierbei geht es vor allem um die Haltung, die einer Professionalisierung gewissermaßen „vorgelagert" ist: Wird die Reflexion des Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Klientinnen und Klienten in einer Einrichtung generell nicht für notwendig gehalten, fehlt einer fallverstehenden Dokumentation von vornherein die Grundlage. Die Motivation, sich als Einrichtung professionell weiterentwickeln zu wollen, ist abhängig von mehreren Faktoren, die auf der Ebene einer gewachsenen Organisationskultur angesiedelt sind und die den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter demzufolge nicht notwendigerweise bewusst sein müssen.

2. *Eine Krise innerhalb der Organisation ist eine weitere günstige Voraussetzung für die Einführung der fallverstehenden Dokumentation. Diese Krise kann durch innere oder äußere Einflüsse bestimmt sein.*

„Krisen" können durch äußere Zwänge (wie es die steigenden Anforderungen an die Qualitätssicherung von Seiten der Kostenträger im Bereich der Rehabilitation sind) ausgelöst werden, welche sich z. B. in internen Umstrukturierungen therapeutischer Einrichtungen niederschlagen. Diese Art von „Irritation" ist geeignet, neue Möglichkeiten auszuloten und das Doku-

mentationssystem als Weg der Krisenbewältigung durch Professionalisierung zu verstehen.

Eine weitere Möglichkeit, die eng an o. g. Bedingung der Motivation und Fähigkeit zur Professionalisierung gekoppelt ist, ist eine Art „innerer Leidensdruck" der Einrichtung, der z. B. durch unzureichende therapeutische Erfolge verursacht sein kann. Entscheidend wäre hierbei jedoch nicht die Anforderung von außen, die therapeutische Arbeit zu professionalisieren, sondern das innere Bedürfnis – als Teil der Organisationskultur – nach einer Professionalisierung der Arbeit in therapeutischen Einrichtungen.

3. *Eine weitere Bedingung, die innerhalb der Einrichtung gegeben sein muss, ist eine Person in geeigneter Position, die sich das Anliegen der Professionalisierung durch Dokumentation persönlich zu Eigen macht und vermittelnd vorantreibt.*

Zur Einführung einer fallverstehenden Dokumentation wird eine Art „Vermittler" benötigt: eine Verbindungsperson innerhalb der Einrichtung, die in die dortige Struktur in angesehener Position integriert ist. Sie interessiert sich für das „Neue" und ist bereit, innerhalb der Organisation die Rolle einer Vorreiterin zu übernehmen. Dafür ist es jedoch sinnvoll, dass diese Person bereits selbst über einen professionellen Habitus verfügt, um auf diese Weise als Vorbild zu wirken. Dieser professionelle Habitus ist am ehesten bei Ärzten zu erwarten; aber auch Sozialpädagogen können je nach beruflicher Sozialisation in einem professionellen Kontext einen solchen Habitus ausbilden.

3. Zusammenfassung: Qualitätssicherung und Professionalisierung/Verfachlichung

Die Dokumentation sichert die Arbeit in einer therapeutischen Einrichtung durch die fortlaufende Reflexion stattfindender Begegnung zwischen Therapeutin – Klientin, Mitarbeiterin – Klientin, Mitarbeiterin – Therapeutin, Mitarbeiterin – Mitarbeiterin und unterstützt so die notwendige Distanzierung von alltäglichen Prozessen des Handelns und der Entscheidung, um Spielräume der Interaktion, Entwicklungsschritte der Klientin bzw. des Klienten und Anknüpfungspunkte weiteren Handelns erkennen und nutzen zu können. Zudem werden Gründe für therapeutische Interventionen sichtbar und damit auch kommunizierbar, sei es nach „Außen" oder nach „Innen". Nicht zuletzt wird es dadurch möglich, die therapeutische Arbeit qualitativ zu verbessern, indem auch das Handeln der Therapeutinnen und Therapeuten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeder Berufsgruppe Gegenstand der Dokumentation ist und damit ebenfalls ein Ausloten der fachlichen Ressourcen im handlungsentlasteten Raum stattfinden kann.

An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass das Dokumentationssystem informelle und milieuspezifische Prozesse der Kommunikation zwischen den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer therapeutischen Einrichtung nicht ersetzen will und kann. Diese Art der gegenseitigen Abstimmung im laufenden therapeutischen Prozess ist für eine ganzheitlich ansetzende therapeutische Rehabilitation unverzichtbar. Vielmehr soll mithilfe dieses Instrumentes ergänzend zu den informellen Kommunikationsprozessen eine tragfähige fachliche und therapeutische „Basis" errichtet werden, indem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Therapeutinnen und Therapeuten für die jeweiligen Strukturen, Rahmenbedingungen und Aushandlungsprozesse in *ihrer je spezifischen* Begegnung mit den Klientinnen und Klienten sensibilisiert werden. Die unterschiedlichen, bereichsgebundenen Herangehensweisen, Perspektiven und Handlungen im Umgang mit den Klientinnen und Klienten sollen durch das Dokumentationssystem gestärkt, deren eigenlogischer „Nutzen" im Prozess der Rehabilitation zum Tragen gebracht werden.

Professionalisierung und Verfachlichung soll also im Sinne eines perspektivenspezifisch differenzierten, gestaltsicheren Umgangs mit den Klientinnen und Klienten und einer konsequenten Orientierung an den fallspezifischen Problemen und Ressourcen der Klientin bzw. des Klienten stattfinden. Denn, um es noch einmal zu wiederholen, innerhalb eines therapeutischen Milieus bedeutet professionelles und fachliches Handeln für jeden die Balance zwischen perspektivengeschärftem bereichsspezifischen Handeln und der ebenso perspektivengebundenen Vermittlung und Einbettung therapeutischer Belange in alltägliche Arbeits- und Lebenszusammenhänge zum Zwecke der Stärkung der Autonomie der Klienten nach Kriterien der Zumutbarkeit.

Im Endeffekt dient diese Art der Dokumentation dazu, jegliche Art „pseudotherapeutischen Einheitsbreis" zu vermeiden, der die Eigenlogik alltäglicher sozialer Zusammenhänge bricht. Betont werden die Unterschiede verschiedener Handlungszusammenhänge, die Relevanz unterschiedlicher Sichtweisen auf und Zugänge zu den Klientinnen und Klienten sowie die Ganzheitlichkeit der Rehabilitation durch die Vernetzung dieser Sichtweisen, nicht durch deren Vermischung.

4. Literaturverzeichnis

Blankenburg, Wolfgang (1991): Perspektivität und Wahn. In: ders. (Hrsg.): Wahn und Perspektivität. Störungen im Realitätsbezug des Menschen und ihre Therapie. Stuttgart: Enke. S. 4-28.

Blankenburg, Wolfgang. (1985): Autonomie und Heteronomie-Konzepte in ihrer Bedeutung für die psychiatrische Praxis. In: Janzarik, Werner (Hrsg.): Psychopathologie und Praxis. Stuttgart. S. 29-46.

Brücher, Klaus (2005): Therapeutische Räume. Zur Theorie und Praxis psychotherapeutischer Interaktion. München: Elsevier GmbH/Spektrum Akademischer Verlag.

Combe, Arno und Werner Helsper (Hg.) (1997): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 2. Aufl.

Elstner, Anja (2004): „Landwirtschaft dient allen" – Die Landwirtschaft als Rahmen therapeutischer Rehabilitation. Unv. Magisterarbeit. Jena.

Garfinkel, Harold: „Gute" organisatorische Gründe für „schlechte" Krankenakten. In: System Familie 13 (2000): 111-122.

Goffman, Erving (1977): Rahmen-Analyse. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Hildenbrand, Bruno (1991): Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern/ Stuttgart/ Toronto: Huber.

Hildenbrand, Bruno (2005): Fallrekonstruktive Familienforschung. Anleitungen für die Praxis. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft. 2. Aufl.

Hildenbrand, Bruno (2007): Einführung in die Genogrammarbeit. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag. 2. Aufl.

Informationen zur Suchtkrankenhilfe 2/2000: Qualitätsentwicklung und Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe.

Körner, Jürgen (1997): Zum Verhältnis pädagogischen und therapeutischen Handelns. In: Arno Combe und Werner Helsper (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 2. Aufl. S. 780-809.

Müller, Hermann J. (1997): „Dr. Dehm sagt, wir sind keine Psychotherapeuten". Suchttherapie zwischen Sozialpädagogik/Sozialarbeit und Psychotherapie. In: Arno Combe und Werner Helsper (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 2. Aufl. S. 810-841.

Oevermann, Ulrich (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Arno Combe und Werner Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Suhrkamp: 1. Aufl. Frankfurt a. M. S.70-182.

Oevermann, Ulrich (2000): Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Klaus Kraimer (Hg.): Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt/Main: Suhrkamp. S. 58-156.

Retzer, Arnold, Hans-Rudi Fischer und Ulrich Clement: Therapiedokumentation als therapeutisches Medium. In: Familiendynamik 31/2006. S. 428-435.

Sachse, Christiane (2003): Das Johannestal als soziales Milieu. Fallstudie einer therapeutischen Einrichtung. Unv. Magisterarbeit. Jena.

Salize, Hans Joachim, Jens Bullenkamp, Inge Alscher und Isabella Wolf (2000): Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). In: Psychiatrische Praxis 27/2000. S. 92-98.

Schmeiser, Martin (2006): Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. In: Soziale Welt 57. 3/2006. S. 295-318.

Schütze, Fritz (1992): Sozialarbeit als „bescheidene Profession". In: Dewe, B. u.a. (Hg.): Erziehen als Profession. Opladen. S. 133-170.

Simon, Roland (2000): Dokumentation der Behandlung und Betreuung von Personen mit substanzbezogenen Problemen in Deutschland: Status und Optionen für eine Weiterentwicklung. In: DHS-Informationen 2/2000. S.37-58.

Spitczok von Brisinski, Ingo: Systemische Narrative, Qualitätsmanagement, Psychiatrie und Krankenkassen: eine Reflexionsliste zur systemischen Berichtgestaltung. In: Kontext 37, 3/2006. S. 275-296.

Studer, Urban M. und Bruno Hildenbrand: Wie wird „Fallverstehen in der Begegnung" dokumentiert? In: System Familie 13 (2000): 123-131.

Welter-Enderlin, Rosmarie und Bruno Hildenbrand (1996): Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart: Klett-Cotta.

SKR Teilprojekte

Restaurierung Schloss und Parklandschaft Altenburg
Projektleitung:
Dipl.-Ing. Martin Räther
Baumschule Martin Räther

Kulturhistorische Forschung Altenburg
Projektleitung:
Prof. Dr. Volker Schmidtchen

Theaterarbeit zur Entwicklung von Unternehmensgeist
Projektleitung:
Reinhard Kaul
Theaterwerkstatt Melchiorsgrund

Verbesserung berufsfördernder Integration durch Information und Kommunikation
Projektleitung:
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand
Friedrich-Schiller-Universität Jena,
Institut für Soziologie

PPP Management-Dokumentationssystem für die Sozialwirtschaft
Projektleitung:
Ottmar Ehrlichmann
DataSwiss Solutions Deutschland GmbH

Gesundheitsbüro
Projektleitung:
Wolfgang Fricke
Freie Lebensstudien gem. GmbH

Qualifizierung/Coaching in Gastronomie und Hotellerie
Ansprechpartner:
Bastian Heiser
smartig GmbH

In diesem Handbuch geht es darum, das im Rahmen des Teilprojekts „Verbesserung berufsfördernder Integration durch Information und Kommunikation" entwickelte fallverstehende EDV-Dokumentationssystem („Jenaer Modell") anhand seiner Einführung in zwei therapeutischen Einrichtungen für psychisch kranke und/oder drogenabhängige Klientinnen und Klienten zu beschreiben. Die Herausforderung bestand darin, eine Form von Dokumentation zu entwickeln, die einerseits komplexe Abläufe überschaubar und planbar macht, andererseits die prinzipielle Nicht-Standardisierbarkeit der Bearbeitung individueller Lebenskrisen berücksichtigt. Die Vernetzung rehabilitierender Maßnahmen in den verschiedenen Arbeitsbereichen unterstützt eine bessere berufsfördernde Integration von Klientinnen und Klienten. Langfristig regt die fallverstehende Dokumentation Prozesse der Verfachlichung/Professionalisierung an und trägt damit zur Qualitätssicherung in einer Einrichtung bei.

EQUAL ist eine durch den Europäischen Sozialfond (ESF) kofinanzierte Gemeinschaftsinitiative. Sie zielt darauf ab, die Diskriminierung benachteiligter Personengruppen auf dem Arbeitsmarkt abzubauen.

SKR - Suchtklinisches Kompetenzzentrum für soziale Reintegration e.V. ist ein von der Gemeinschaftsinitiative EQUAL gefördertes Lernforum, das für den Prozess der beruflichen und sozialen Eingliederung von Personen mit Abhängigkeitserkrankung in sieben Teilprojekten neue Wege entwickelt und erprobt.

Weitere Informationen unter:
www.equal.de
www.skr-equal.de

Gefördert durch das
Bundesministerium
für Arbeit und Soziales
und den Europäischen Sozialfonds

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Sozialfonds